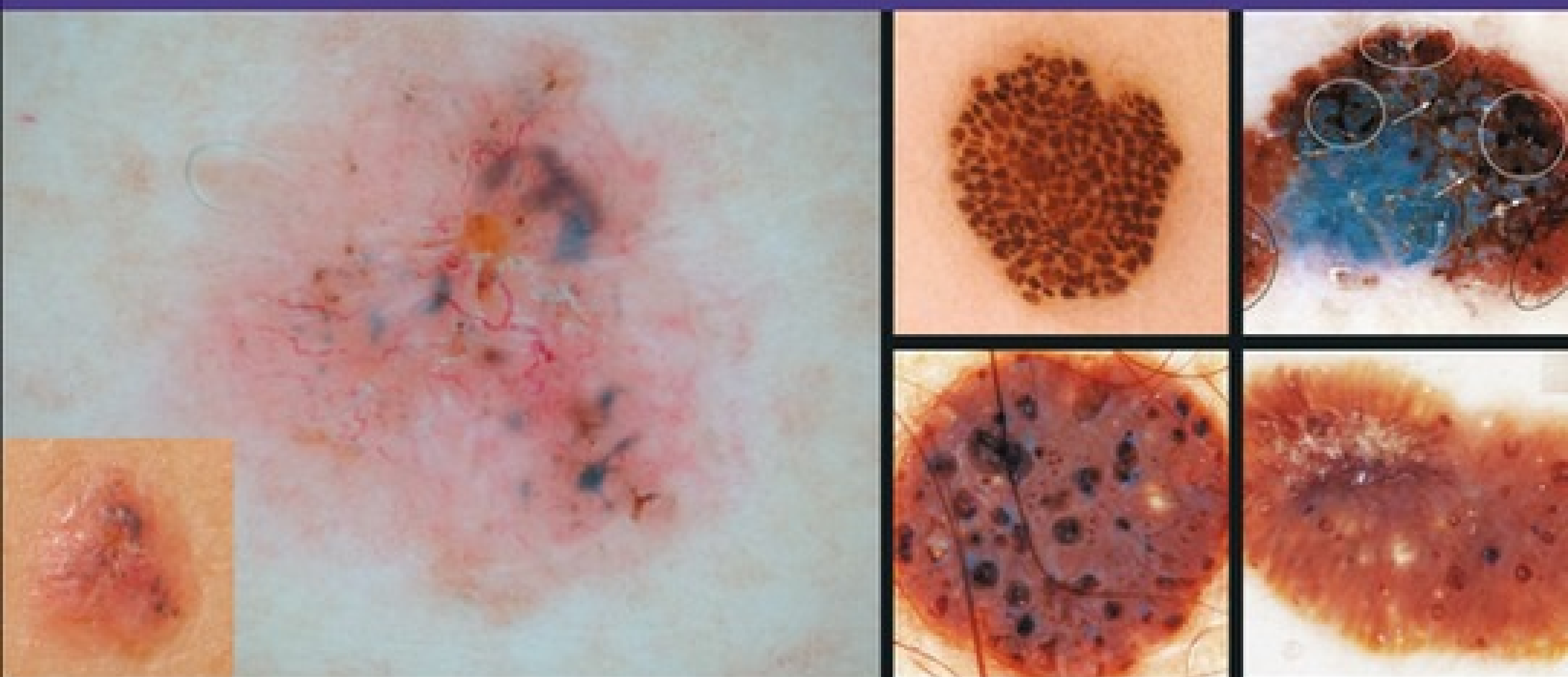
Expert | CONSULT
WWW.EXPERTCONSULT.COM

GUIA ILUSTRADO DE DERMATOSCOPIA



H. Peter Soyer • Giuseppe Argenziano
Rainer Hofmann-Wellenhof • Iris Zalaudek

SAUNDERS
ELSEVIER

TRADUÇÃO DA 2ª EDIÇÃO

Table of Contents

Copyright

ISBN: 978-85-3525678-9

ISBN: 978-07-234-3592-1

First edition 2004

Second edition 2012

Capa

Folio Design

Editoração Eletrônica

Thomson Digital

Elsevier Editora Ltda.

Conhecimento sem Fronteiras Rua Sete de Setembro, n° 111 – 16° andar 20050-006 – Centro – Rio de Janeiro – RJ

Rua Quintana, n° 753 – 8° andar 04569-011 – Brooklin – São Paulo – SP

Serviço de Atendimento ao Cliente 0800 026 53 40 sac@elsevier.com.br

Consulte também nosso catálogo completo, os últimos lançamentos e os serviços exclusivos no site www.elsevier.com.br

Nota

Como as novas pesquisas e a experiência ampliam o nosso conhecimento, pode haver necessidade de alteração dos métodos de pesquisa, das práticas profissionais ou do tratamento médico. Tanto médicos quanto pesquisadores devem sempre basear-se em sua própria experiência e conhecimento para avaliar e empregar quaisquer informações, métodos,

substâncias ou experimentos descritos neste texto. Ao utilizar qualquer informação ou método, devem ser criteriosos com relação a sua própria segurança ou a segurança de outras pessoas, incluindo aquelas sobre as quais tenham responsabilidade profissional.

Com relação a qualquer fármaco ou produto farmacêutico especificado, aconselha-se o leitor a cercar-se da mais atual informação fornecida (i) a respeito dos procedimentos descritos, ou (ii) pelo fabricante de cada produto a ser administrado, de modo a certificar-se sobre a dose recomendada ou a fórmula, o método e a duração da administração, e as contraindicações. É responsabilidade do médico, com base em sua experiência pessoal e no conhecimento de seus pacientes, determinar as posologias e o melhor tratamento para cada paciente individualmente, e adotar todas as precauções de segurança apropriadas.

Para todos os efeitos legais, nem a Editora, nem autores, nem editores, nem tradutores, nem revisores ou colaboradores, assumem qualquer responsabilidade por qualquer efeito danoso e/ou malefício a pessoas ou propriedades envolvendo responsabilidade, negligência *etc.* de produtos, ou advindos de qualquer uso ou emprego de quaisquer métodos, produtos, instruções ou ideias contidos no material aqui publicado.

O Editor

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA FONTE SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

G971

Guia ilustrado de dermatoscopia / H. Peter Soyer... [et al.] ; tradução Denise Costa Rodrigues... [et al.]. - Rio de Janeiro : Elsevier, 2012.

248p. : il. ; 24 cm

Tradução de: Dermoscopy: the essentials, 2nd ed.

ISBN 978-85-3525678-9

1. Pele - Doenças - Diagnóstico. 2. Distúrbios de pigmentação da pele - Diagnóstico. 3. Pele - Microscopia. I. Soyer, H. Peter.

12-4282. CDD: 616.55075

CDU: 616.5



Revisão Científica e Tradução

Revisão Científica

Flavio Barbosa Luz

Doutor em Dermatologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) Mestre em Dermatologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF) Professor Adjunto de Dermatologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF) Membro da Câmara Técnica de Dermatologia do CREMERJ

Coordenador do Departamento de Cirurgia Dermatológica da Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) – RJ

Sócio Titular da SBD

Sócio Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Dermatológica

Tradução

Denise Costa Rodrigues (caps. 2, 3 e índice)

Pós-graduada em Tradução pela Universidade de Franca (Unifran), SP

Bacharel em Tradução pela Universidade de Brasília (UnB) Licenciada em Letras (Língua e Literatura Inglesas) pela UnB

Fernanda Waehneldt Rocha Pires (cap. 1)

Médica pela Universidade Gama Filho

Agradecimentos

À minha equipe sediada em Oz, Zoja e Niko, por seu apoio e bem-vinda descontração no trabalho.

H. Peter Soyer

Ao meu mentor, aos meus melhores amigos e ao amor da minha vida; a todos que estão comigo nesse livro. Às minhas filhas, Silvia e Gabriele, que são a parte mais preciosa da minha vida.

Giuseppe Argenziano

Ao meu professor de dermatoscopia e aos meus amigos no campo da dermatoscopia. Agradecimentos especiais à minha esposa Andrea e aos meus filhos Elisabeth, Paul, Martin e Georg, que me deram força para trabalhar prazerosamente neste livro.

Rainer Hofmann-Wellenhof

À minha família da “dermatoscopia” por sua amizade, aos meus pais Ilse e Gunter, à minha irmã Karin e à minha sobrinha Lilith por seu amor.

Iris Zalaudek

Prefácio

Como grande fã da 1ª edição do *Guia Ilustrado de Dermatoscopia*, sinto-me honrado por ter a oportunidade de escrever esse breve prefácio para a 2ª edição, nova e melhorada. Parabenizo os autores para os quais esse projeto é um trabalho evidente de amor. Eles conseguiram tornar ainda melhor um livro que já era excelente. Também parabenizo você, leitor, por escolher para sua busca pelo domínio da dermoscopia um compêndio tão intuitivo e eficaz.

Na época de sua primeira publicação em 2004, o *Guia Ilustrado de Dermatoscopia* teve relativamente pouca concorrência e, no caso do público nos Estados Unidos, um mercado muito limitado. Nesse meio tempo, o interesse pela dermatoscopia cresceu consideravelmente. A difusão do uso de dermatoscópio na prática clínica nos Estados Unidos continua um pouco atrás da que ocorre na Europa, mas atualmente é muito intensa. No mundo todo, tem havido um aumento rápido de publicações associadas à dermatoscopia, à medida que ela se relaciona tanto com as observações originais como com materiais para ensino, mas atualmente nesse cenário confuso, o *Guia Ilustrado de Dermatoscopia* continua a destacar-se como tutorial e referência especialmente valiosos.

Enalteço os autores desse volume por seu uso de um formato tão simples, e ao mesmo tempo tão elegante e eficaz. A ferramenta visual de semáforos, aliada à caracterização no quadro de verificação de uma ampla coleção de algumas das melhores imagens clínicas e dermatoscópicas da literatura, torna o aprendizado de dermatoscopia fácil e intuitivo. A narrativa de acompanhamento, breve, coloquial e ocasionalmente alegre, proporciona uma leitura fácil e memorável. Seja um iniciante em dermatoscopia lendo o livro do começo ao fim, ou um dermatoscopista mais experiente que pula de uma seção para outra e compara sua avaliação com a dos autores considerará o livro puro contentamento.

Para o leitor que já atingiu certo domínio da dermatoscopia, sei que vai obter grande prazer com a qualidade das imagens incluídas e as dicas dos autores. Para o novato, tenho de alertá-lo de que a leitura desse livro é o primeiro passo para a dependência. Após ter investido seu tempo para tornar-se proficiente no uso da dermatoscopia, você não ficará mais satisfeito com a simples inspeção visual. Seu senso de gratificação cognitiva e de confiança clínica dependerá cada vez mais da aplicação dessa técnica muito simples, mas muito elegante.

Allan C. Halpern, MD MSc

Chief, Dermatology Service, Memorial Sloan Kettering Cancer Center, Nova York, Nova York EUA

Prefácio à Edição Brasileira A dermatoscopia vem evoluindo de forma crescente para se tornar uma ferramenta indispensável à dermatologia, abrangendo não apenas as lesões pigmentadas, como de início, mas também as doenças de pele em geral. Cada vez mais são descritos aspectos dermatoscópicos característicos de diversos tumores e doenças cutâneas.

Após alguma experiência com a dermatoscopia, tornamo-nos dependentes dela. Passamos a necessitar desta técnica para expor as evidências com mais clareza, diagnosticando de maneira precisa e efetiva inúmeras dermatoses. Em breve, o dermatoscópio estará para o dermatologista assim como o estetoscópio para o cardiologista.

Este livro é um generoso presente que os autores nos oferecem. Um método fácil e didático de praticar e aprimorar os conhecimentos dermatoscópicos. Para os iniciantes que ainda não exploraram a técnica, é um estímulo considerável. Aqueles que já conhecem os fundamentos e os conceitos elementares da dermatoscopia estarão muito mais confiantes ao fim desta leitura. Aos mais experientes, é uma forma agradável e rápida de aprimorar os conhecimentos e confrontar sua prática com a dos principais expoentes da dermatoscopia no mundo.

Soma-se a uma grande demonstração de saber e experiência um conteúdo extremamente conciso e bem elaborado. Além disso, os autores apresentam as dificuldades e limitações da técnica. Por sua vez, a metodologia adotada, de aprendizado por solução de problemas, é uma das mais modernas e convencionais de ensino.

Na versão em português desta obra, buscamos adotar os termos mais utilizados pelos especialistas nacionais em suas apresentações em reuniões científicas. Em algumas situações de nomenclatura mais controversa ou pouco utilizada, mantivemos em itálico o termo original em inglês.

Foi um trabalho gratificante trabalhar nesta edição em português. Tenho certeza de que todos os leitores interessados nas doenças de pele se beneficiarão significativamente com esta leitura.

Flávio Barbosa Luz

Apresentação da 1ª Edição

Os autores deste livro estão em uma busca. Durante anos, fizemos palestras, criamos artigos, CDs e livros com o objetivo de tornar a dermoscopia, dermatoscopia, microscopia epiluminiscente, ELM, microscopia da superfície cutânea, ou seja como for que queira chamar a técnica, o padrão de cuidado para todos os dermatologistas e outros que atendem pacientes com lesões de pele pigmentadas. Há trabalhos maravilhosos já escritos de maneira tradicional que promovem a dermatoscopia, embora de algum modo eles não tenham nos despertado para aprender, com entusiasmo e relativamente sem esforço, uma técnica que poupe o tecido e salve vidas.

Se existem livros que conseguem ensinar línguas como alemão ou italiano com "10 minutos de estudo por dia", por que não criar um livro de dermatoscopia que seja "curto e grosso", divertido e fácil de usar? O objetivo é incluir imagens que cubram tudo o que existe, não apenas em uma clínica universitária mas também na prática particular, e com fatos que sejam essenciais.

Este não é um manual clínico clássico e isso é intencional. Por exemplo, os "semáforos" são a ferramenta para o profissional ocupado usar para fazer uma revisão rápida do livro sempre que precisar, porque um aspecto do domínio da dermatoscopia é a internalização dos princípios básicos. Olhe as imagens, depois olhe as cores do semáforo. Vermelho indica lesões de alto risco, verde lesões de baixo risco, e amarelo, lesões na zona cinzenta. As associações entre o que você vê com a dermatoscopia e as cores do semáforo ficarão no recesso de sua mente e virão à tona quando você observar critérios dermoscópicos ou padrões semelhantes em seus pacientes. Você tem de aprender o básico; entretanto, a intuição e os sentimentos "viscerais" vêm à tona com regularidade. Nunca ignore as impressões instintivas.

Trabalhamos muito bem juntos como equipe mas nem sempre foi fácil, especialmente porque os autores vivem em continentes diferentes e enfrentamos as provas e tribulações da experiência humana. Entretanto, nunca perdemos de vista nosso objetivo e os nossos egos nunca falaram mais alto. Este livro é um trabalho de amor de médicos que realmente acreditam em uma técnica que é essencial para nossos pacientes. Os pais, mães, filhos, filhas, avós, tios e tias das pessoas confiam-nos sua saúde, suas vidas! Temos a responsabilidade de ser os melhores que pudermos para evitar a dor e o sofrimento que acompanham o mais insidioso dos inimigos, o melanoma. Deixe a dermatoscopia ser o cinto de segurança do seu carro. Você jamais deve sair de casa sem ele.

Os Autores

Apresentação da 2ª Edição Como o tempo voa! É difícil acreditar que a 1ª edição de *Guia Ilustrado de Dermatoscopia* já tem 7 anos de idade e, portanto, é hora de renovar nosso livro; uma tarefa recebida com entusiasmo e avidez por nossa equipe de autores. Para essa 2ª edição, saudamos a Dra. Iris Zalaudek e nos despedimos dos Drs. Johr e Scalvenzi. Entretanto, onde podemos inovar em termos do projeto em mãos, somos antigos como colegas e pares, e nos conhecemos há mais de 10 anos (até quase 20 anos em alguns casos) e passamos por muitos altos e baixos juntos. Embora grandes distâncias nos separem fisicamente, por meio do uso da tecnologia moderna e das estratégias e procedimentos que desenvolvemos, continuamos a trabalhar juntos e colaborar, anulando a distância física, e com a impressão de que somos todos vizinhos de porta. Nessa era moderna, a distância física de milhares de quilômetros e oito ou nove fusos horários não é mais um obstáculo.

A teoria para uma 2ª edição geralmente é a de manter o conceito e desenho em termos gerais, enquanto se aperfeiçoam e atualizam-se o conteúdo e, se relevante, as ilustrações. Nessa nova edição, concentramo-nos especificamente nesse segundo objetivo e substituímos quase 50% das imagens dermatoscópicas e clínicas e unificamos todas as anotações.

Estamos especialmente em dívida com a Equipe Editorial da Elsevier, John Leonard e Russel Gabbedy, por seu suporte altamente profissional ao nosso trabalho e por serem tão flexíveis quanto aos muitos detalhes intrínsecos à publicação de um livro.

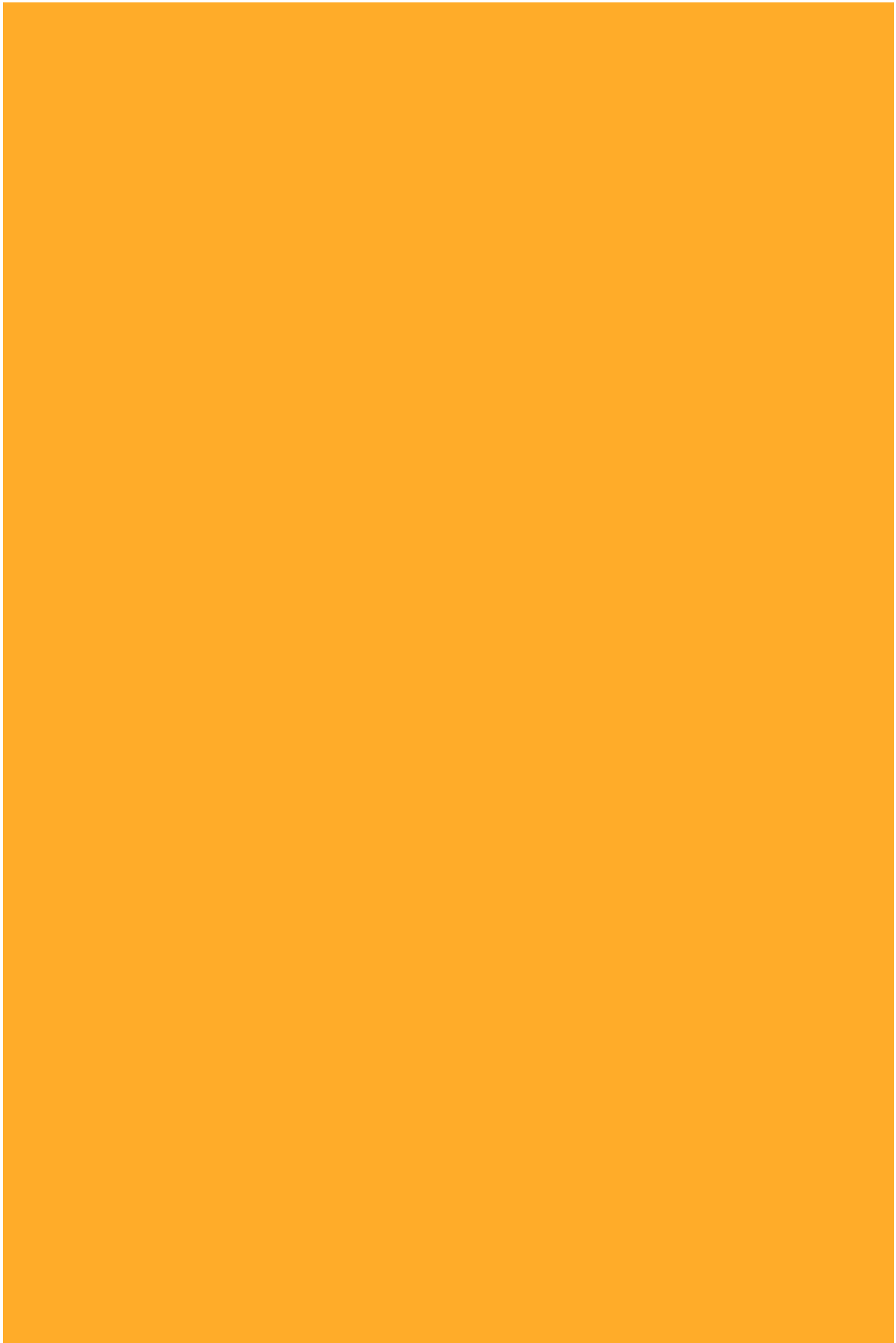
Assim como com a 1ª edição, dedicamos nosso livro a todos aqueles interessados na ciência e arte da dermatoscopia e esperamos contribuir para o objetivo sublime de erradicar o melanoma.

H. Peter Soyer

Brisbane, Australia

Giuseppe Argenziano Reggio Emilia, Italy

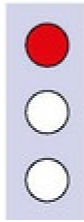
Rainer Hofmann-Wellenhof Graz, Austria



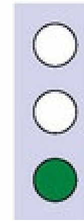
Iris Zalaudek
Graz, Áustria & Reggio Emilia, Italy

2011

LEGENDA DOS SÍMBOLOS DO SEMÁFORO


Lesões de alto risco


Lesões de risco moderado


Lesões de baixo risco

1

Introdução: A lista de verificação de três pontos

A maneira mais rápida e fácil de evitar de perder um melanoma usando a dermatoscopia

Quadro 1-1 Outros nomes para dermatoscopia

Dermoscopia

Microscopia epiluminescente (ELM)

Microscopia da superfície da pele

Dermatoscopia é uma técnica diagnóstica *in vivo* não invasiva que magnifica a pele de modo que a cor e a estrutura da epiderme, da junção dermoepidérmica e da derme papilar fiquem visíveis. Essa cor e estrutura não podem ser vistas a olho nu. Com treinamento e experiência, a dermatoscopia vem mostrando aumento significativo no diagnóstico clínico de lesões melanocíticas, não melanocíticas, benignas e malignas, com 10% a 27% de melhoria no diagnóstico de melanoma, comparado ao alcançado apenas com a clinica. Há, no entanto, uma curva de aprendizado para dermatoscopia, sendo essencial dedicar um tempo aperfeiçoando a técnica — a prática traz a perfeição!

Técnica

Na dermatoscopia clássica, óleo ou fluido (óleo mineral, óleo de imersão, KY gel, álcool, água) é colocado sobre a lesão a ser examinada. O fluido elimina o reflexo da luz na superfície e torna o estrato córneo transparente, possibilitando a visualização das cores e estruturas abaixo. Usando-se dermatoscópios portáteis que possuem luz polarizada (dermatoscópio polarizado), pode-se alcançar a visualização de estruturas mais profundas sem a necessidade de líquido de interface ou contato direto do instrumento com a pele.

A lista de instrumentação da dermatoscopia é longa e continua a crescer e evoluir com o desenvolvimento de melhores e mais sofisticados instrumentos portáteis e sistemas de computadores. Dependendo do orçamento e das metas para avaliação e tratamento de pacientes com lesões cutâneas pigmentadas, há uma

grande variedade de produtos a escolher.

A lista de verificação de três pontos

Para estimular os clínicos a começarem a usar a dermatoscopia, algoritmos simplificados para análise do que é visto com a técnica foram desenvolvidos.

Para o dermatoscopista iniciante, o primeiro objetivo é determinar quando uma lesão suspeita deve ser submetida à biopsia ou retirada. O mais importante é que nenhum paciente deve sair com um melanoma não diagnosticado.

Para o médico generalista, a dermatoscopia pode ser utilizada para determinar quando uma lesão suspeita deve ser avaliada por um especialista.

A dermatoscopia não é só para dermatologistas; qualquer clínico que esteja interessado pode dominar essa potencial técnica salva-vidas.

Triagem de lesões cutâneas pigmentadas suspeitas

A lista dos três pontos dermatoscópicos, que sempre devem ser checados, foi desenvolvida especificamente para dermatoscopistas iniciantes com pouco treinamento, a fim de ajudá-los a não errar um diagnóstico de melanoma enquanto melhoram sua habilidade.

Resultados do 2001 Consensus Net Meeting on Dermoscopy (Argenziano G, J Am Acad Dermatol 2003) mostraram que seguir esses três critérios foi importante principalmente para diferenciar o melanoma de outras lesões cutâneas pigmentares benignas:

- assimetria dermatoscópica da cor e da estrutura;
- rede pigmentar atípica; e
- estrutura azul-esbranquiçada (uma combinação das categorias acima de estrutura azul-esbranquiçada e estruturas de regressão).

Análises estatísticas mostraram que a presença de dois desses critérios indica alta probabilidade de melanoma. Verificando-se a existência desses três critérios, tem-se um resultado mais sensível e mais específico do que outros algoritmos que exigem muito mais treinamento. Um estudo preliminar de 231 lesões cutâneas pigmentadas clinicamente equivocadas mostrou que, depois de uma curta introdução de 1 hora de duração, seis dermatoscopistas inexperientes estavam aptos a classificar 96,3% dos melanomas corretamente usando este método.

Este primeiro capítulo fornece 60 amostras de lesões cutâneas benignas e

malignas para demostrar como esses três critérios funcionam e o valor da pratica deste novo e simplificado algoritmo diagnóstico.

Esses três critérios foram desenvolvidos para serem usados como método de rastreamento. É muito mais sensível que específico para assegurar que seja feito o diagnóstico de melanoma. Recomenda-se que todas as lesões com teste positivo (dois ou três dos três critérios) sejam excisadas.

Tabela 1-1 Definição de critérios dermoscópicos para a lista dos três pontos dermatoscópicos. A presença de dois ou três critérios é sugestiva de lesão suspeita

Critérios	**Definição**
1. Assimetria	Assimetria da cor e da estrutura em um ou dois eixos perpendiculares
2. Rede atípica	Pigmento da rede com furos irregulares e linhas espessas
3. Estrutura azul-esbranquiçada	Qualquer tipo de cor azul e/ou branca

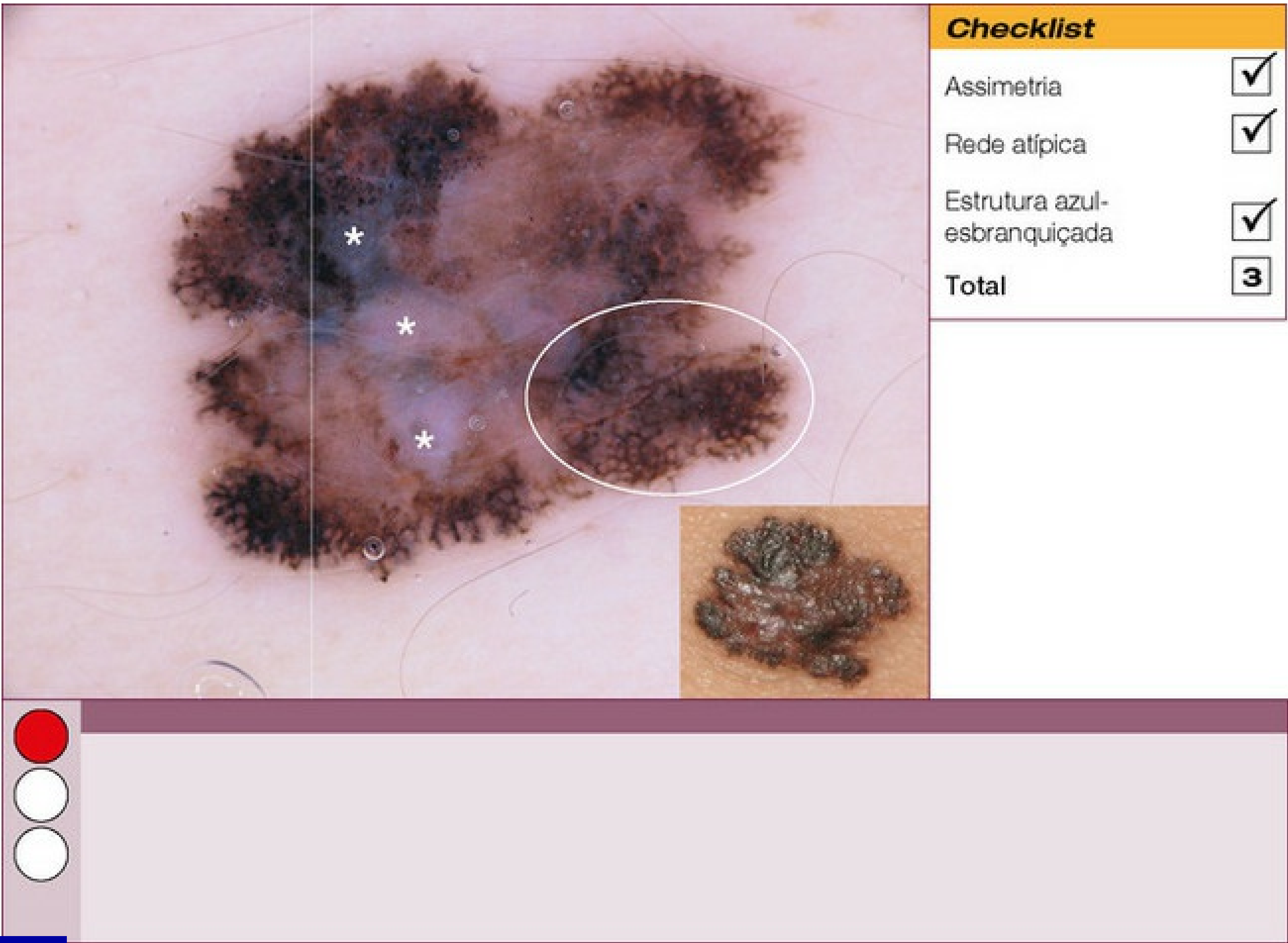


Figura 1 Melanoma

Os critérios para diagnosticar melanoma podem ser muito sutis ou óbvios, como neste caso. Esta lesão demostra claramente todos os critérios da lista dos três pontos dermatoscópicos, ou seja, assimetria em todos os eixos, rede pigmentar atípica (círculo) e estruturas azul-esbranquiçadas (asteriscos).

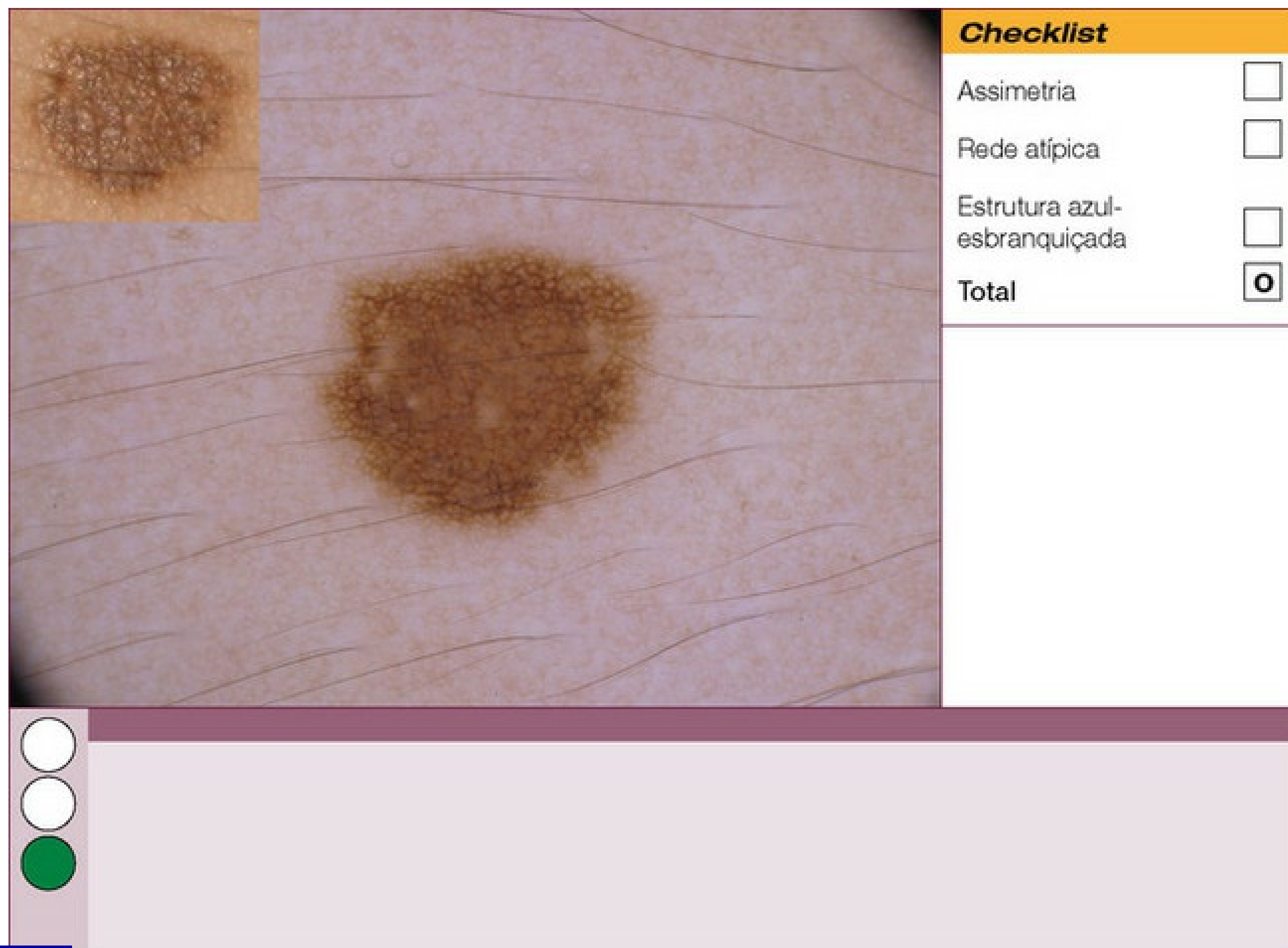


Figura 2 Nevo

Contrapondo-se à Figura 1, nenhum dos critérios é visto nesta lesão. A lesão é simétrica, e a rede pigmentar é regular, embora possa parecer atípica, pois os segmentos da linha estão ligeiramente espessados. Também não há nenhum indício de cor azul e/ou branca.

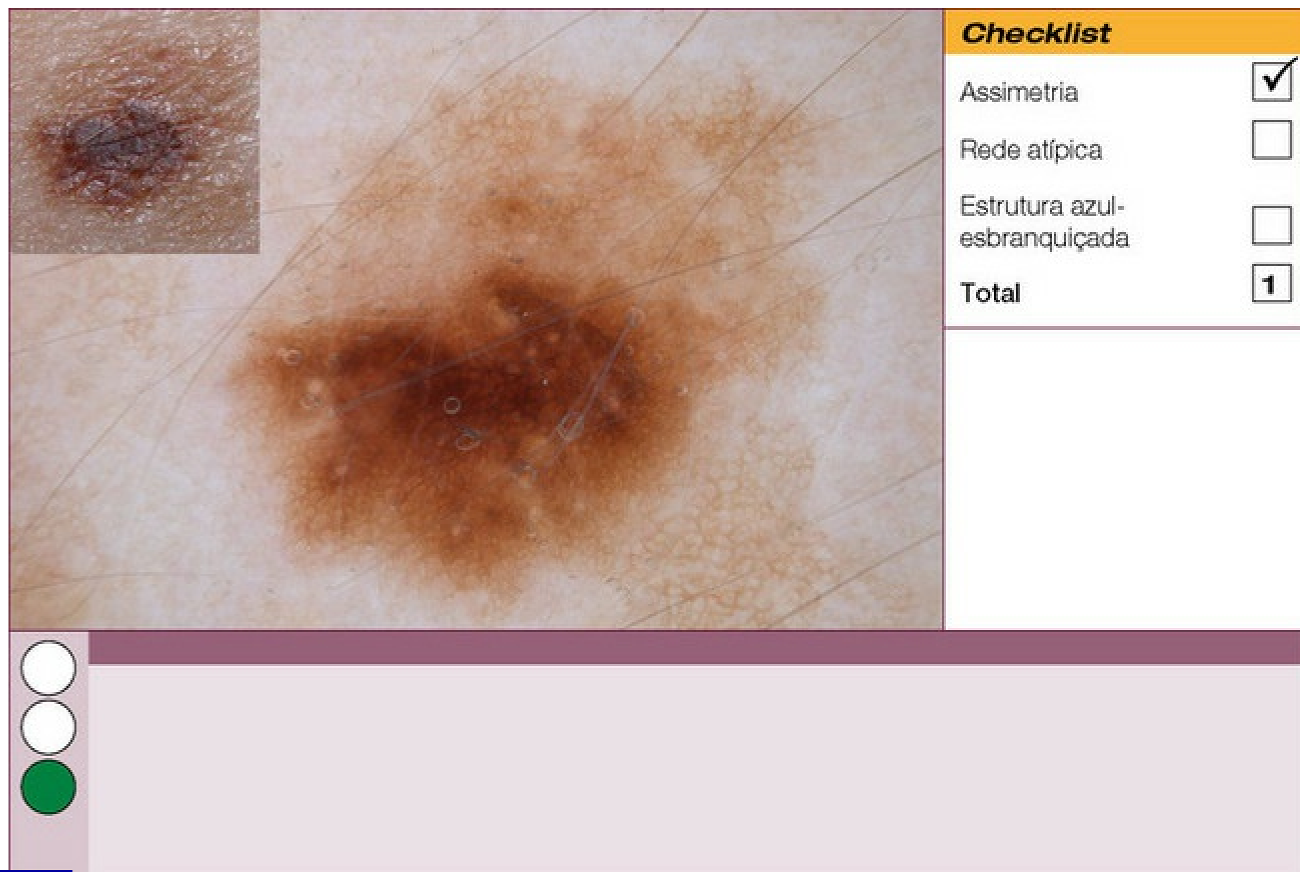


Figura 3 Nevo

O novato pode achar difícil diagnosticar esta lesão. Na dúvida, excise! Com experiência, o clínico fará menos exérese deste tipo de nevo banal. Há assimetria, embora não estejam presentes nem rede pigmentar atípica, nem estruturas azul-esbranquiçadas.



Figura 4 Melanoma

Até para o iniciante, a assimetria da cor e da estrutura deve ser óbvia. Esta lesão assimétrica também apresenta estruturas azul-esbranquiçadas (círculo).



Figura 5 Melanoma

A cor e a estrutura na metade inferior não são o espelho da metade superior; portanto, há assimetria. Uma rede pigmentar atípica com segmentos lineares espessados e quebrados (círculo) e uma grande área de estruturas azul-esbranquiçadas (setas) também são visualizadas.



Figura 6 Melanoma

Esta lesão é levemente assimétrica na forma e, principalmente, na estrutura, portanto uma bandeira vermelha deve ser levantada. Não há presença de rede pigmentar, mas existem numerosas listras brancas brilhantes (também chamadas de imagens em crisálida) (setas), representando uma variação da estrutura azul-esbranquiçada.

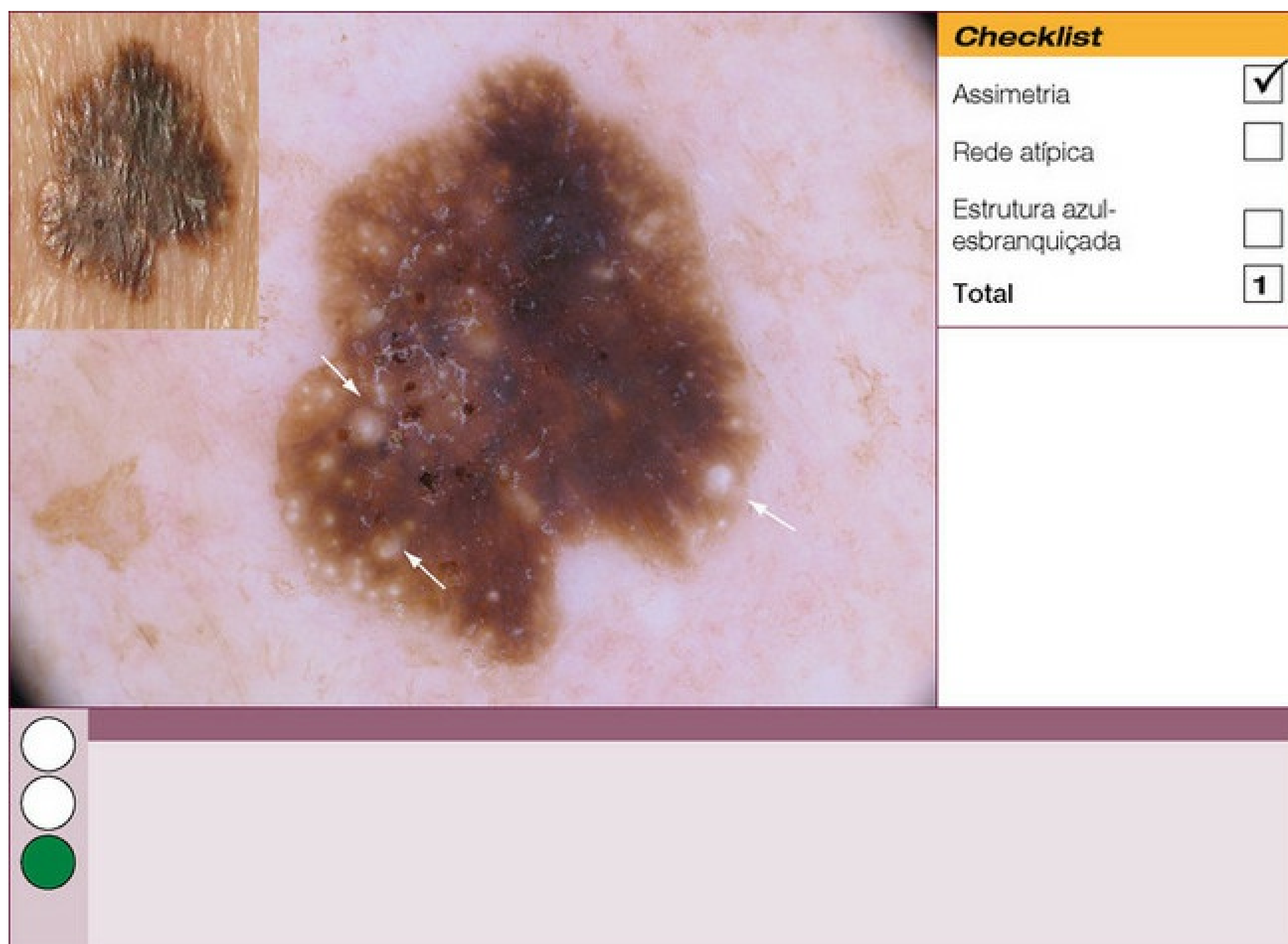


Figura 7 Ceratose seborreica

Esta ceratose seborreica demostra bem uma assimetria na cor e na estrutura, mas os outros dois critérios para melanoma estão ausentes. Se não forem visualizados os pseudocistos córneos (setas) diagnósticos de ceratose seborreica, retire a lesão.

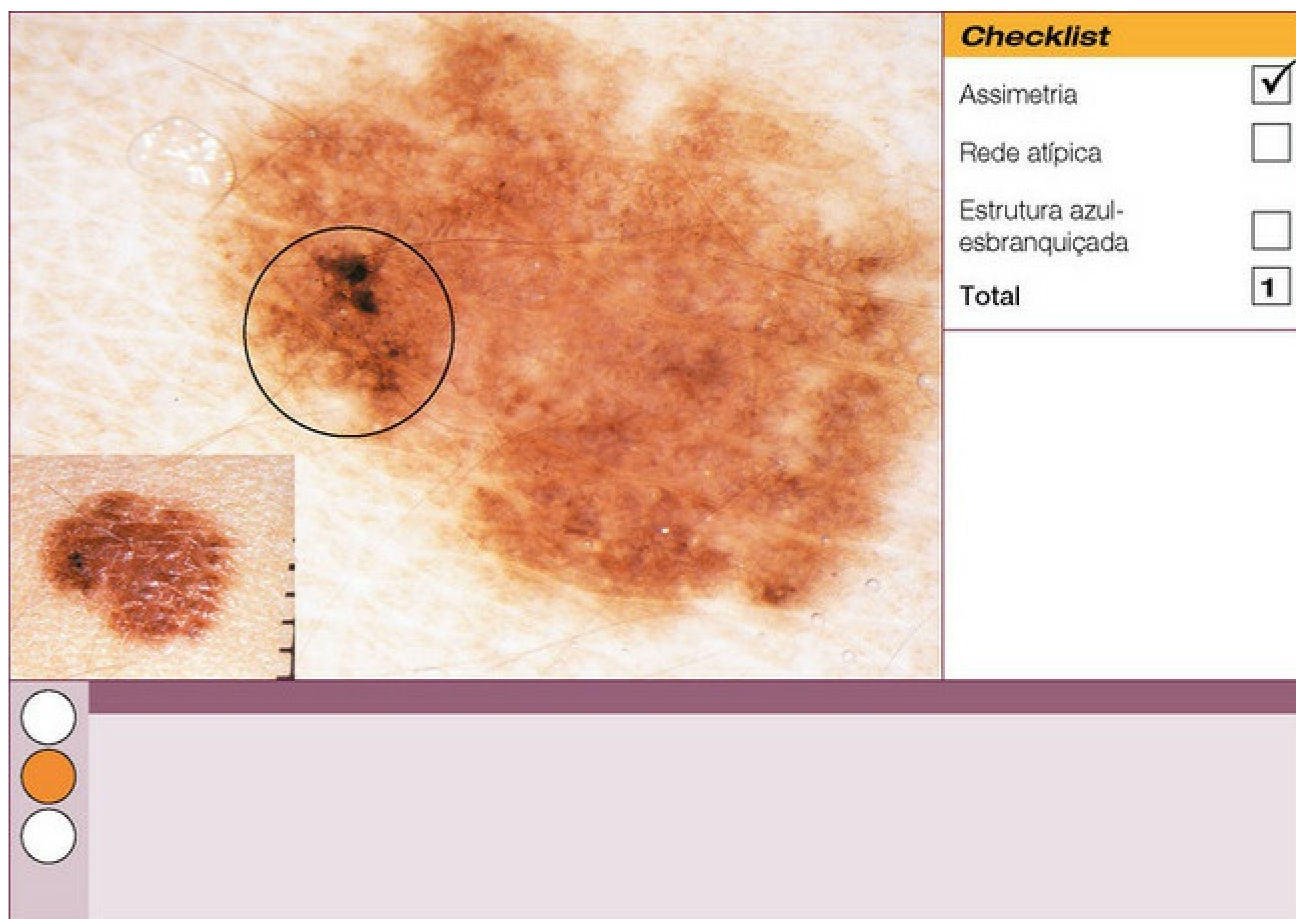


Figura 8 Nevo

Alguns melanomas são inexpressivos, cuidado! A cor e a estrutura na metade direita da lesão não são iguais às da metade esquerda. A presença de pontos pretos irregulares na parte superior esquerda (círculo) ajuda na assimetria. Rede pigmentar e estrutura azul-esbranquiçada não podem ser visualizadas.

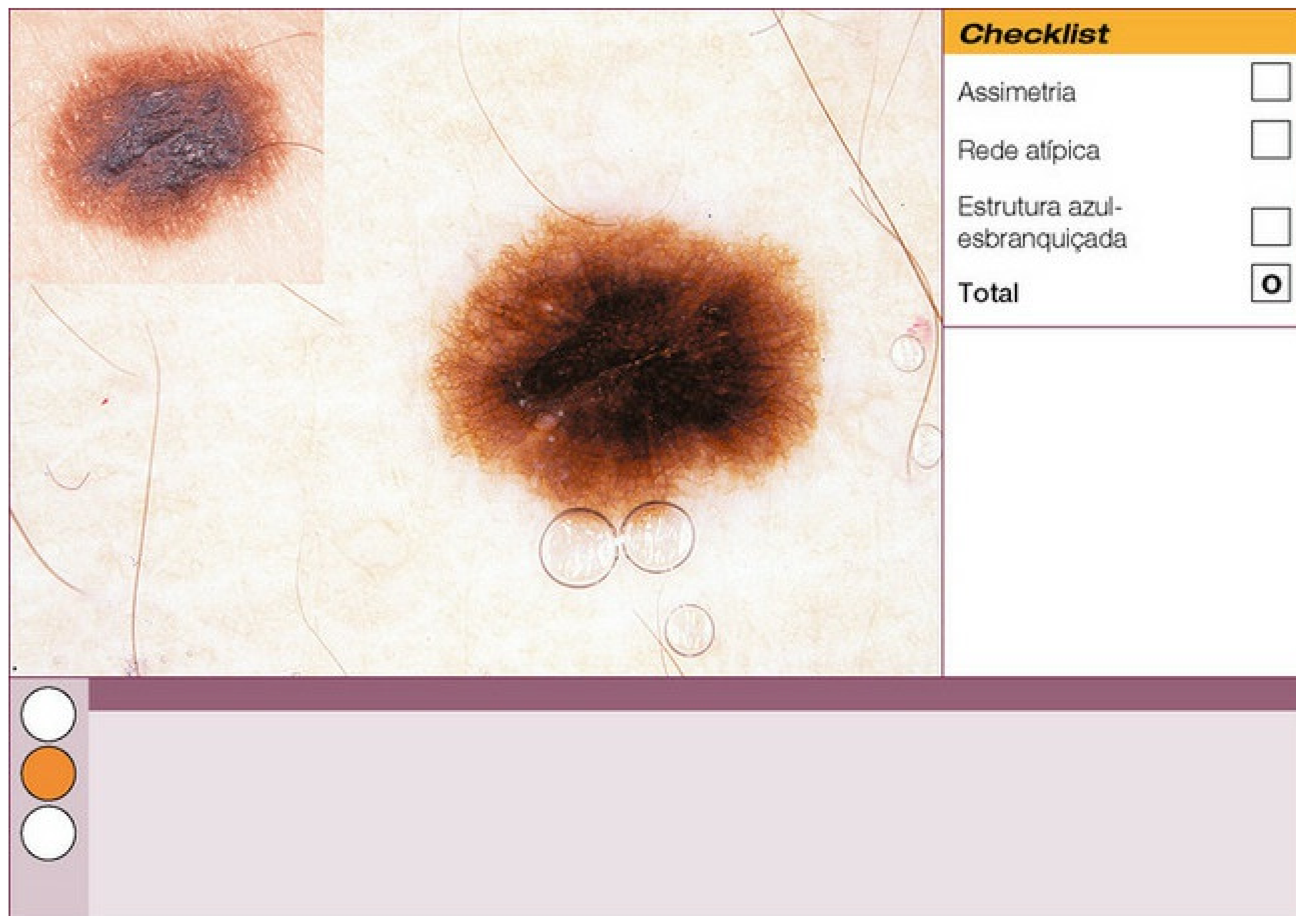


Figura 9 Nevo

Na dúvida, excise! Com a prática, menos lesões como esta serão excisadas. É extremamente simétrica e é um bom exemplo de rede pigmentar regular neste nevo comum. Não se deixe enganar pelo centro escuro – este não é sempre um sinal de malignidade. Não é visualizada estrutura azul-esbranquiçada.

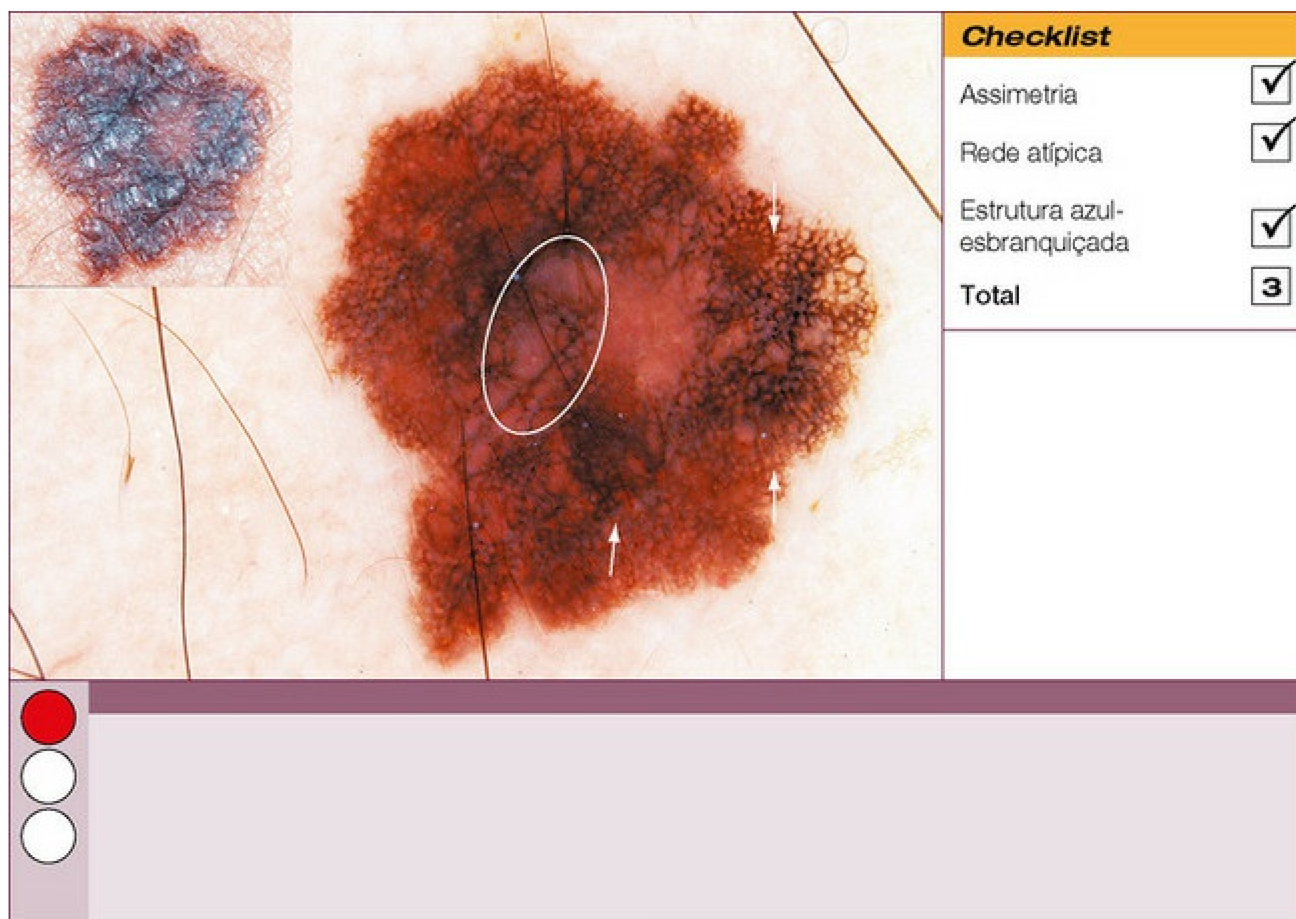


Figura 10 Melanoma

Esta lesão é um típico caso de melanoma. Os critérios diagnósticos estão notáveis, assimetria óbvia de cor e estrutura, rede pigmentar atípica marcante (setas) e estrutura azul-esbranquiçada (círculo).

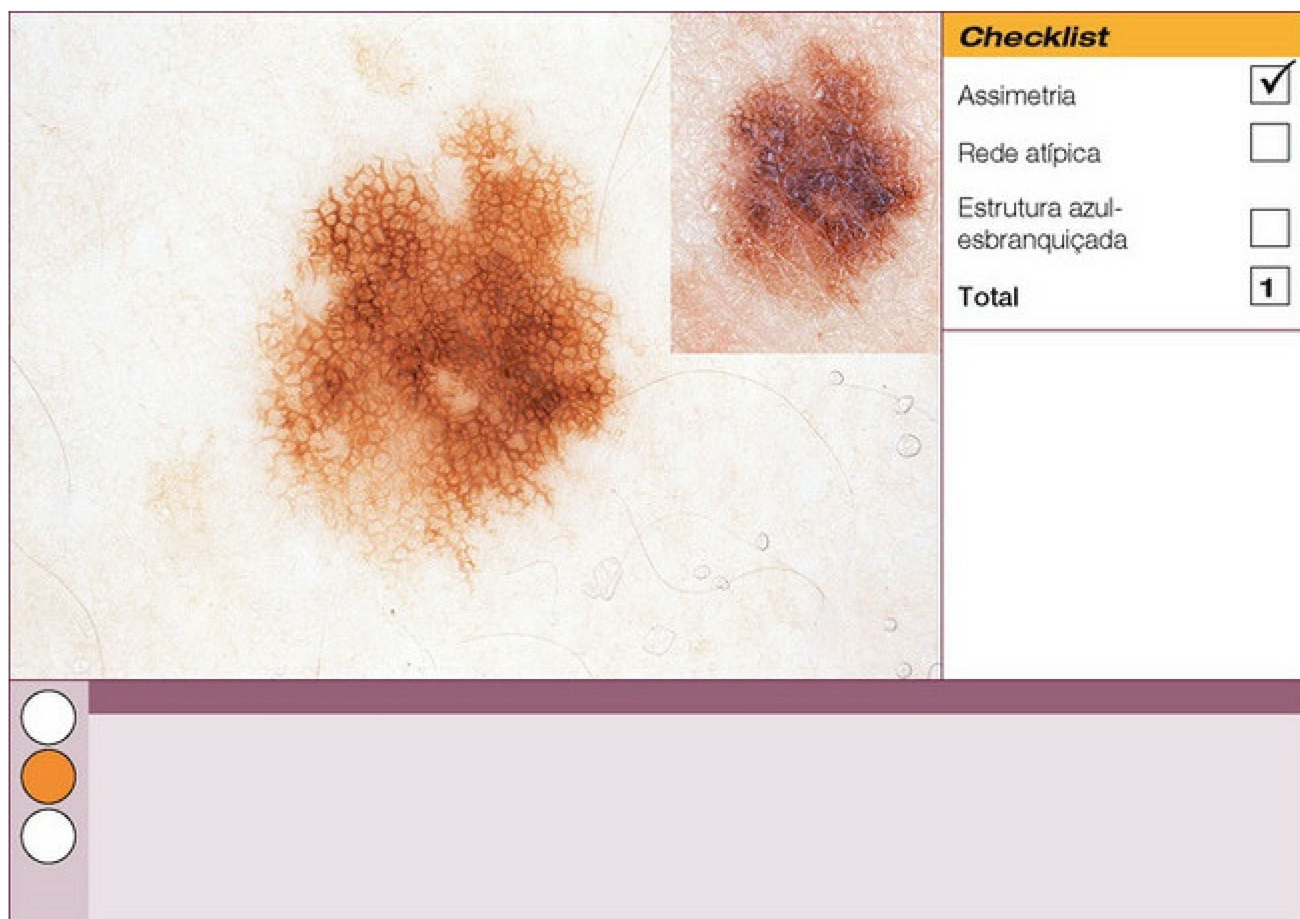


Figura 11 Nevo

O ABCD clínico pode enganar neste nevo comum. Há assimetria, mas verifica-se também rede pigmentar típica e ausência da estrutura azul-esbranquiçada.



Figura 12 Melanoma

Os glóbulos amarelados nesta lesão não são os múltiplos pseudocistos córneos vistos na ceratose seborreica. São óstios anexiais que estão presentes apenas nas lesões de cabeça e pescoço (setas). Existe uma assimetria discreta da cor e da estrutura, e não é observada rede pigmentar, embora seja visualizada estrutura azul-esbranquiçada (asteriscos).

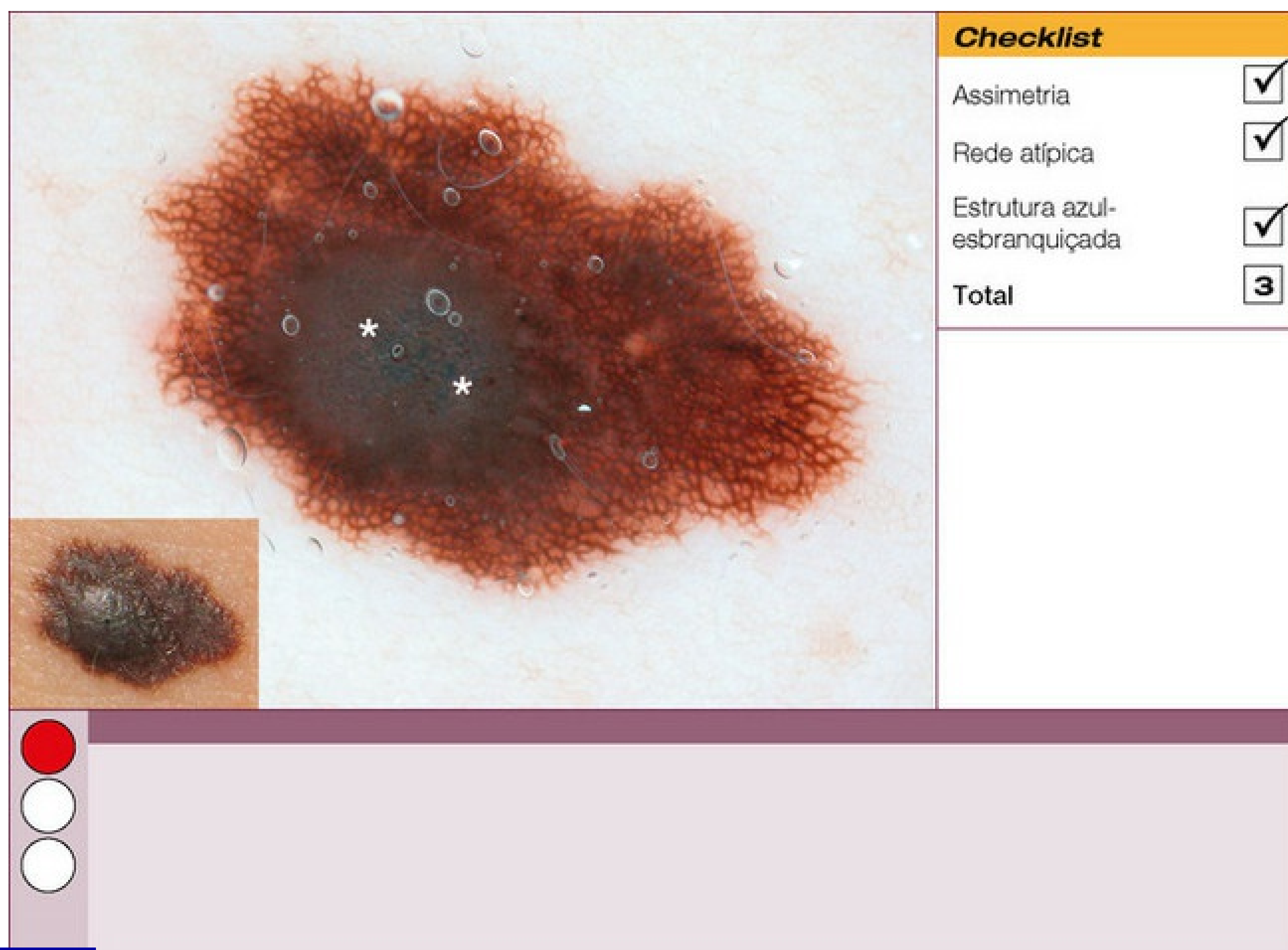


Figura 13 Melanoma

Um clínico pode achar que esta lesão não tem nada com que se preocupar até examiná-la com o dermatoscópio. Há assimetria da cor e da estrutura, rede pigmentar atípica e estrutura azul-esbranquiçada (asteriscos) cobrindo parte da lesão.

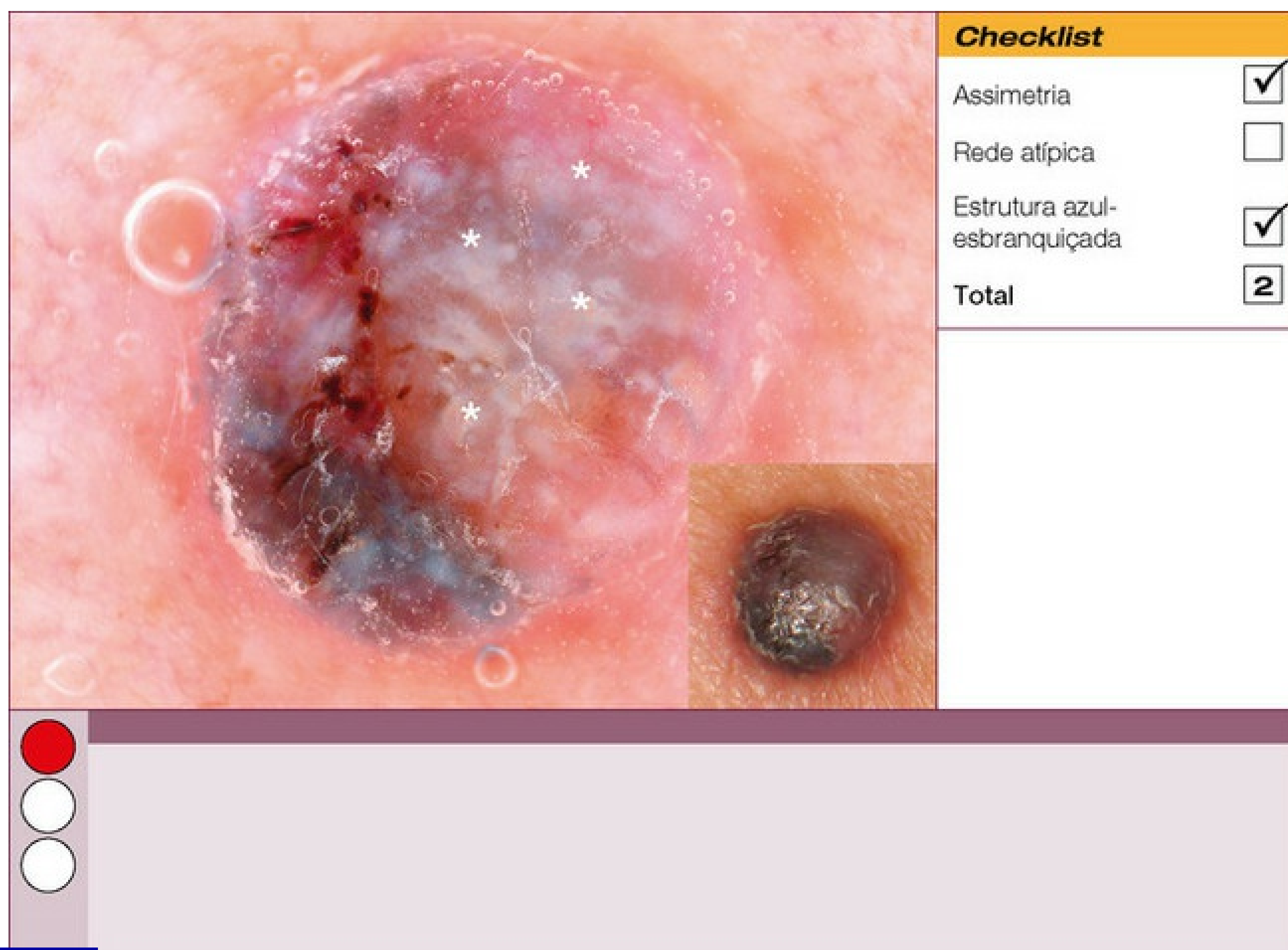


Figura 14 Melanoma

A estrutura azul-esbranquiçada (asteriscos) é o primeiro sinal da gravidade desta lesão. A cor apresenta, particularmente, clara assimetria. A rede pigmentar está ausente, e há estrutura azul-esbranquiçada bem desenvolvida.

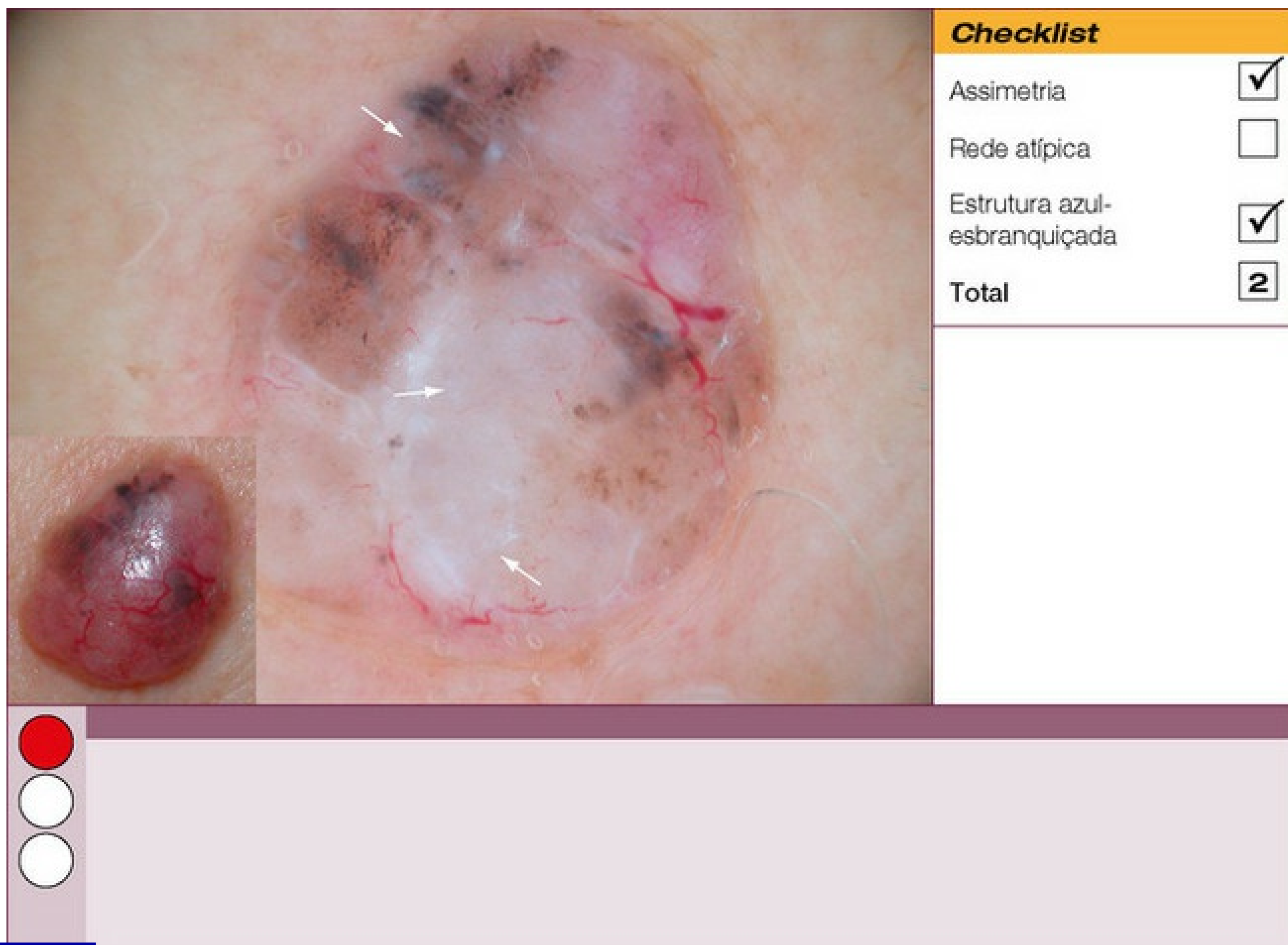


Figura 15 Carcinoma basocelular

Esta lesão demostra claramente os vasos arboriformes típicos do carcinoma basocelular nodular. Dois critérios estão presentes – assimetria e estrutura azul-esbranquiçada (setas). Não há rede pigmentar.

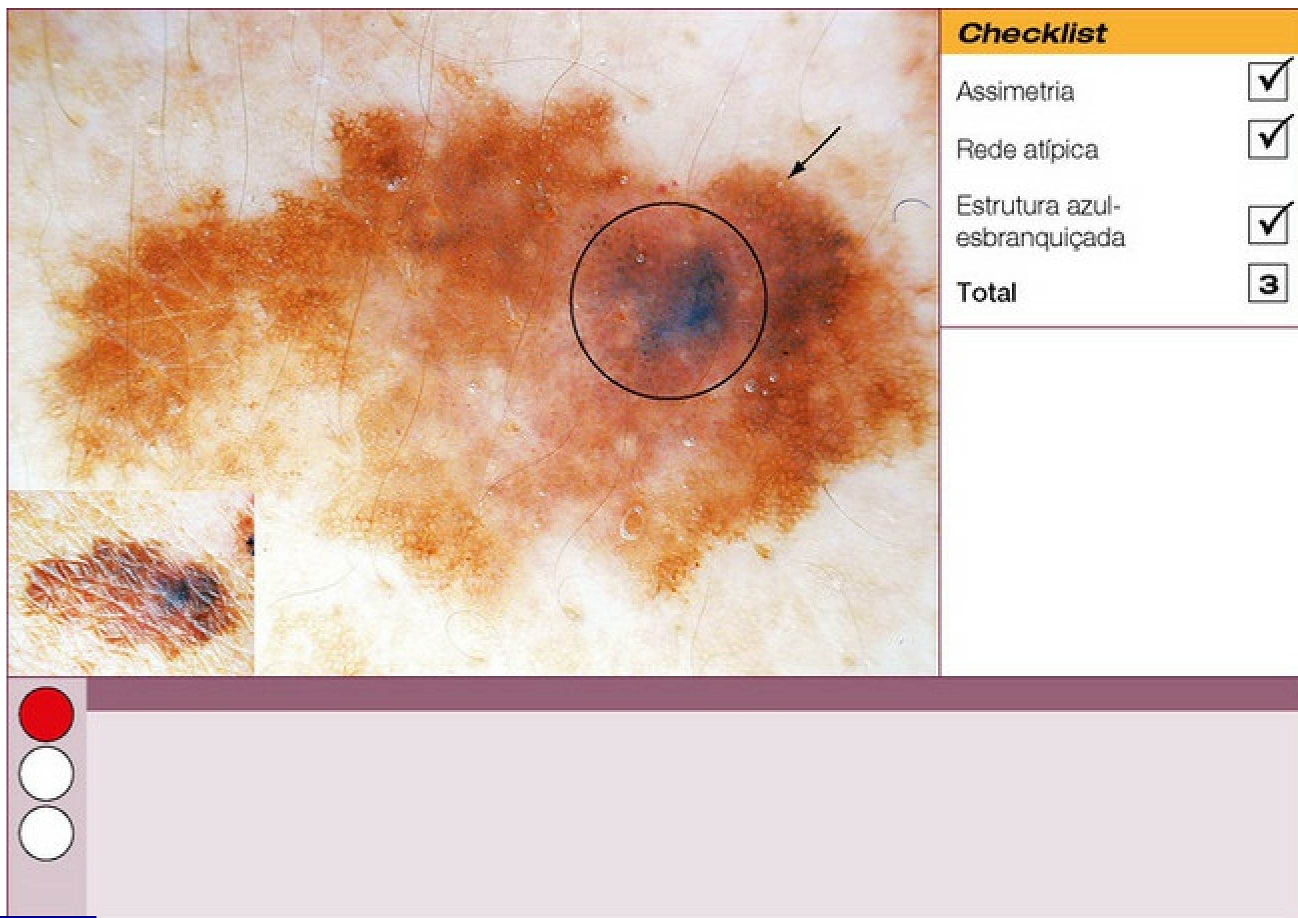


Figura 16 Melanoma

A assimetria está claramente presente nesta lesão, mas é discutível se a rede pigmentar é atípica no canto superior direito (seta). Estrutura azul-esbranquiçada (círculo) é visualizada claramente. Não há dúvida quanto à exérese da lesão.



Figura 17 Carcinoma basocelular

Esta lesão tem um aspecto tão bizarro, que deve ser excisada quanto antes. Há assimetria da cor e da estrutura, e uma delicada estrutura azul-esbranquiçada é visualizada em toda a lesão. Não é vista rede pigmentar. Com base nos dois critérios presentes na lista, esta lesão deve ser retirada.

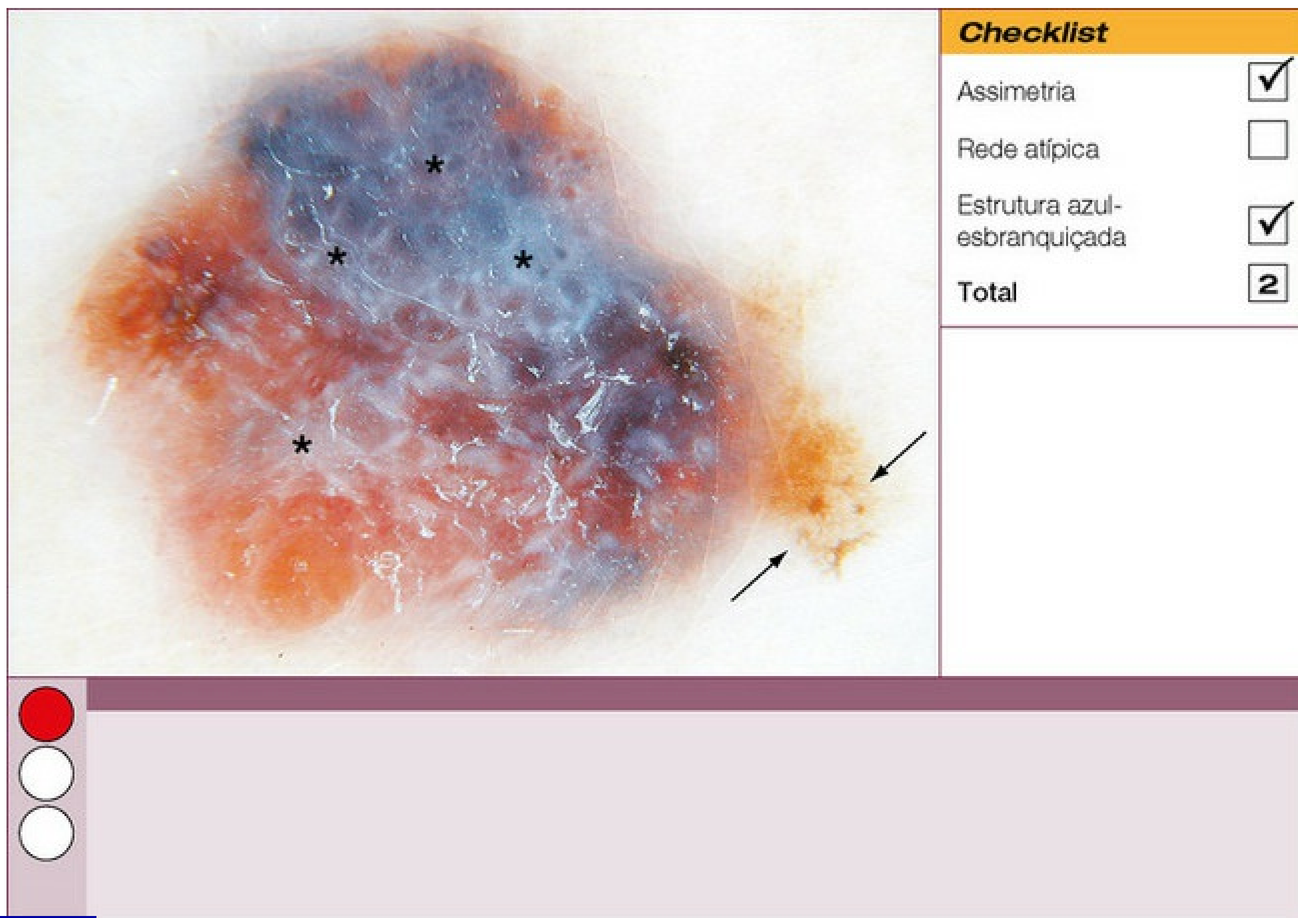


Figura 18 Melanoma

Esta lesão não é claramente benigna. É, contudo, um carcinoma de células basais ou um melanoma? Novamente, há uma assimetria significativa na cor e na estrutura, com estrutura azul-esbranquiçada proeminente (asteriscos). É difícil decidir se a rede pigmentar está presente ou não (setas).

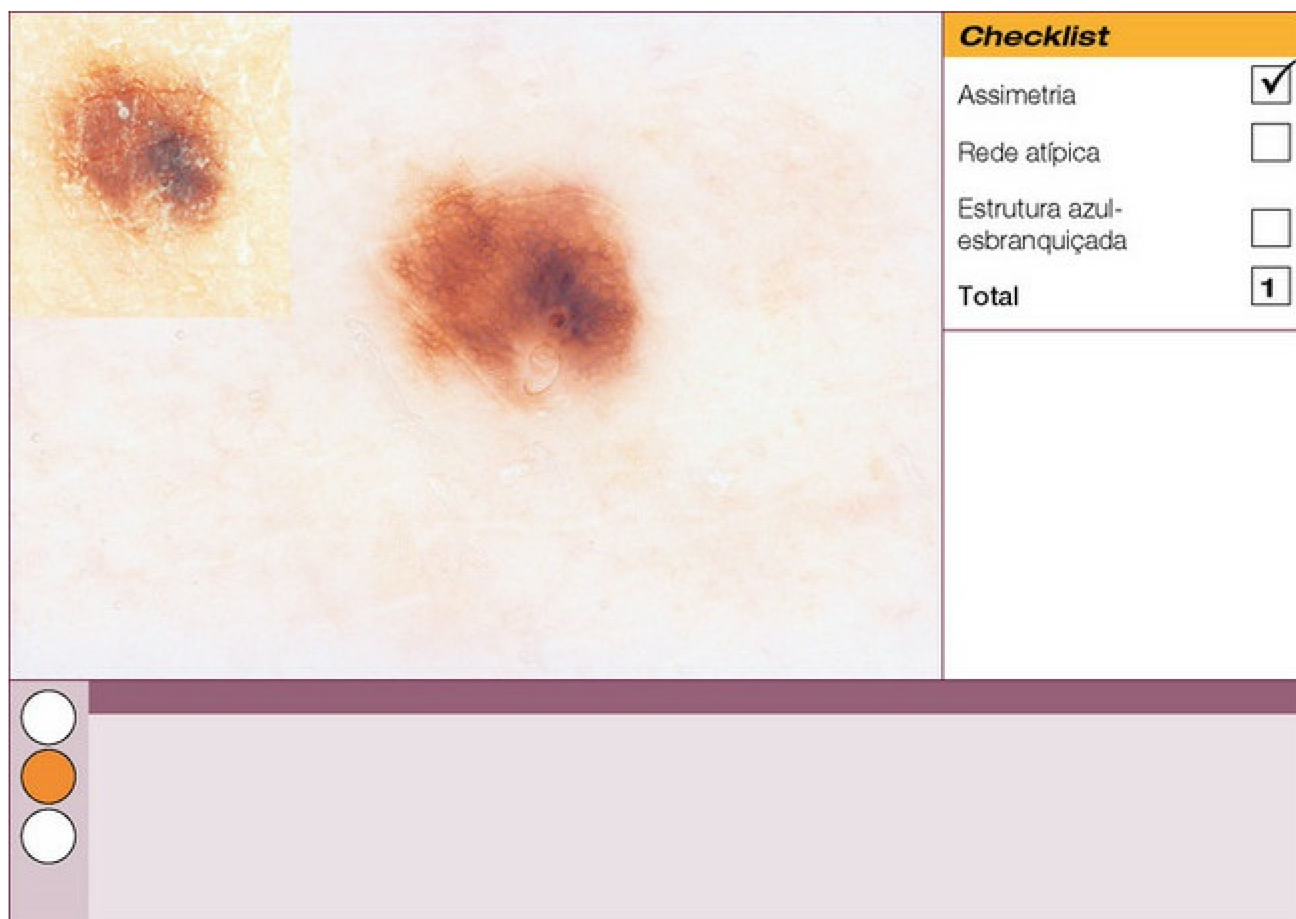


Figura 19 Nevo

Este típico nevo benigno é comumente visto na dermatoscopia. A mancha marrom-escura não é significativa. Embora exista uma assimetria discreta na cor e na estrutura, a lesão é caracterizada por rede pigmentar típica e sem estrutura azul-esbranquiçada.

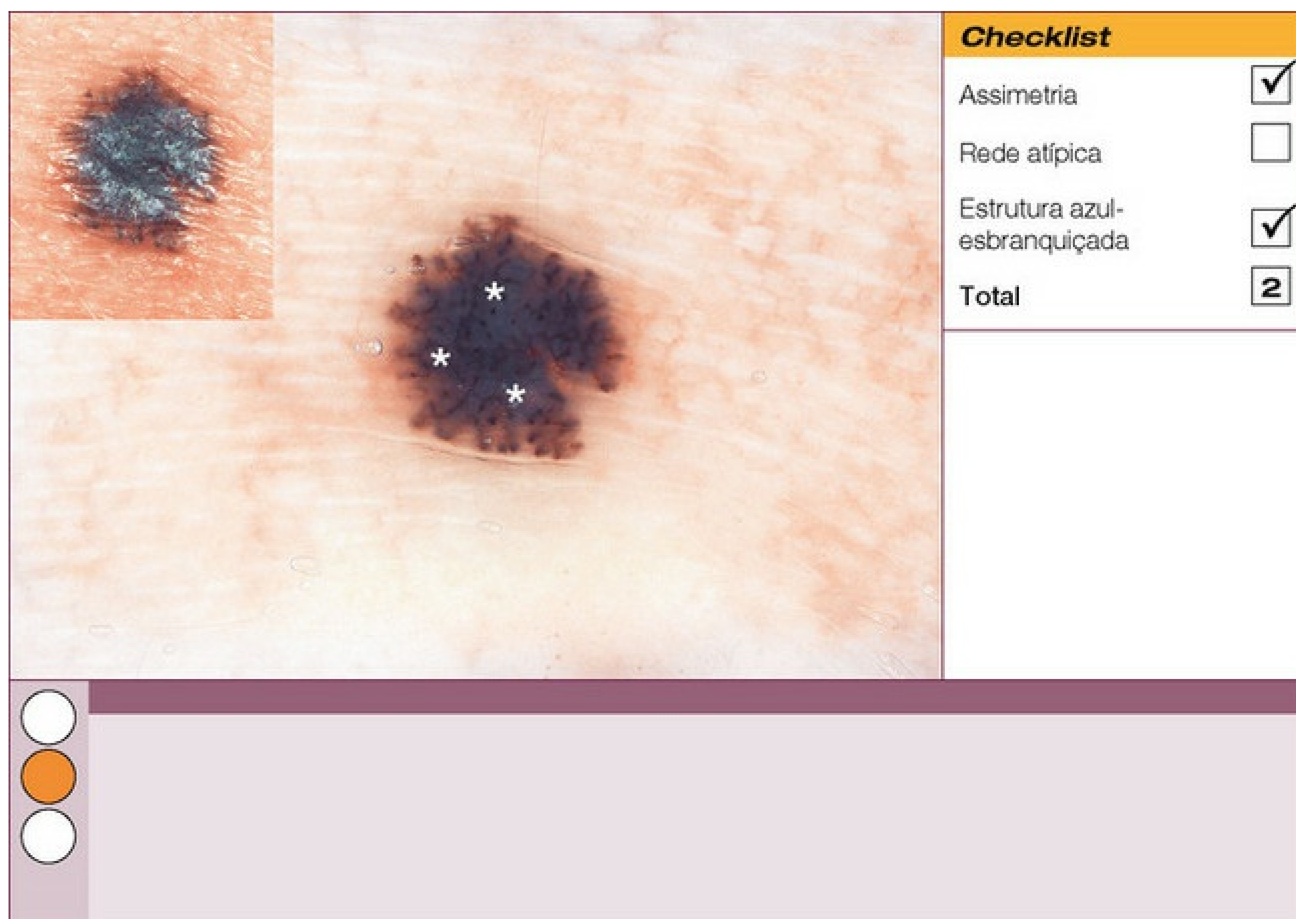


Figura 20 Nevo

O padrão mostrado aqui é mais visto em um nevo de Spitz, mas o diagnóstico diferencial deve incluir nevo de Clark (displásico) e melanoma. Há uma assimetria discreta na cor e na estrutura. Há ausência de rede pigmentar, com estrutura azul-esbranquiçada (asteriscos). A lista não funcionará para todas as lesões, sendo importante checar história e idade do paciente quando decidir o que fazer.



Figura 21 Nevo

Outro padrão semelhante ao nevo de Spitz é demostrado nesta lesão, desta vez com indícios de redes pigmentares (círculo) e estrutura azul-esbranquiçada (asteriscos).

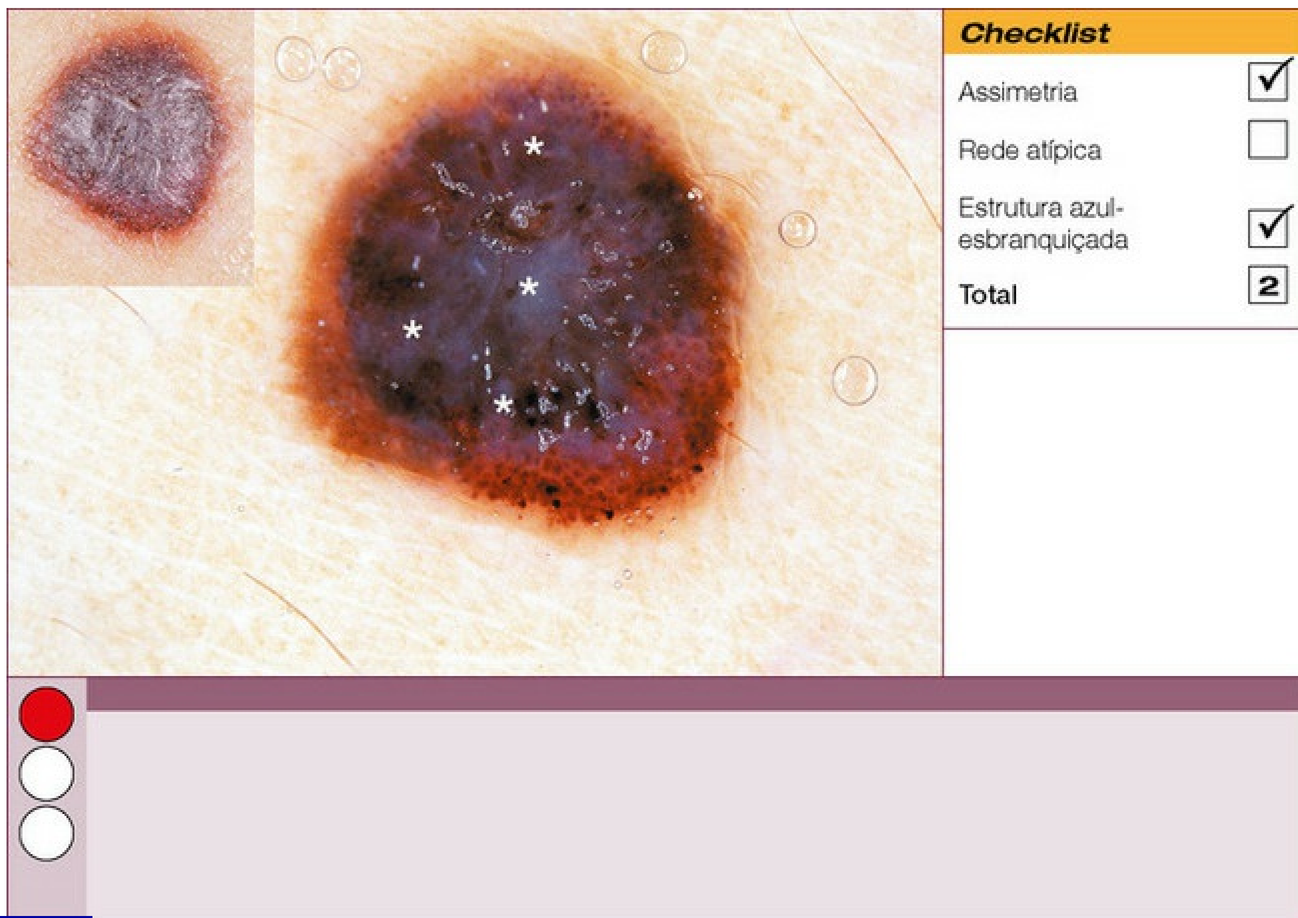


Figura 22 Melanoma

Esta lesão comum na clínica tem aparência dermatoscópica preocupante, com assimetria na cor e na estrutura. Ausência de rede pigmentar, mas estrutura azul-esbranquiçada é visualizada na lesão (asteriscos).

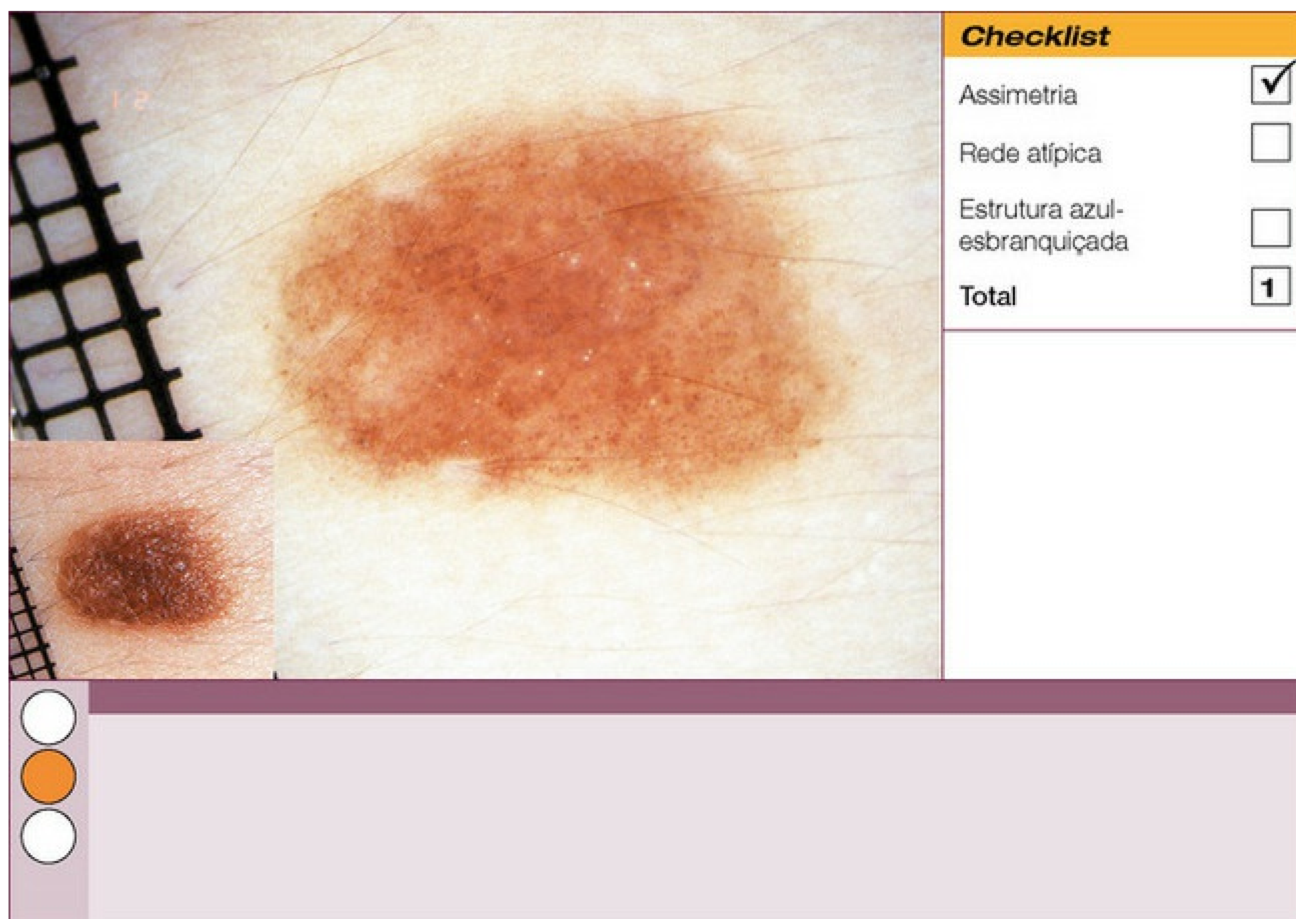


Figura 23 Nevo

Esta lesão é benigna. Compare-a com as outras lesões mostradas neste capítulo com assimetria mais evidente da cor e da estrutura, rede pigmentar atípica e estrutura azul-esbranquiçada. Há uma discreta assimetria, embora não se veja nada 100% simétrico na natureza. Não se observa rede pigmentar ou estrutura azul-esbranquiçada.

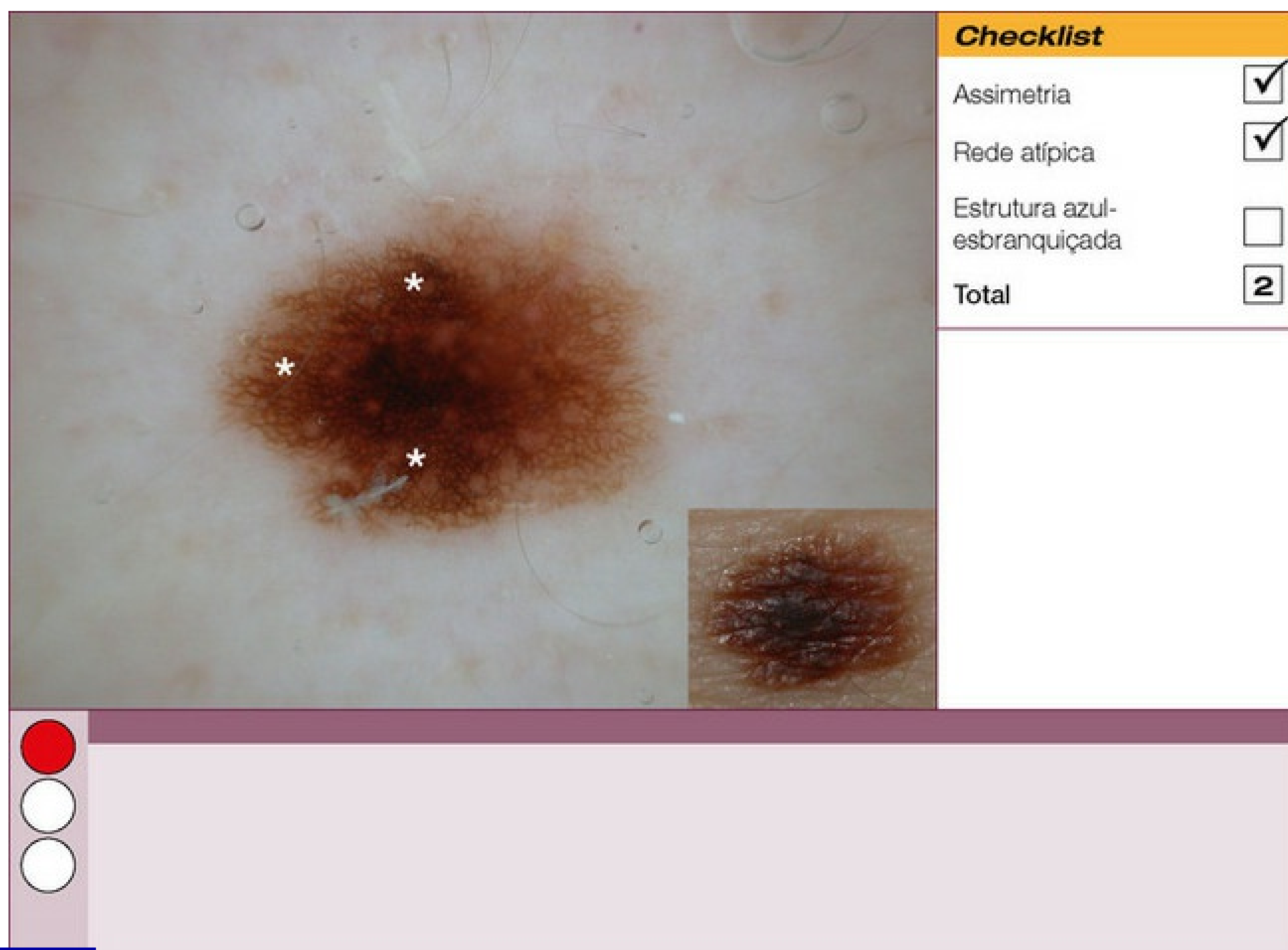


Figura 24 Nevo

Dois critérios da lista estão presentes nesta lesão, a qual deve ser excisada. Há assimetria discreta e rede pigmentar atípica cobrindo a parte esquerda da lesão (asteriscos).

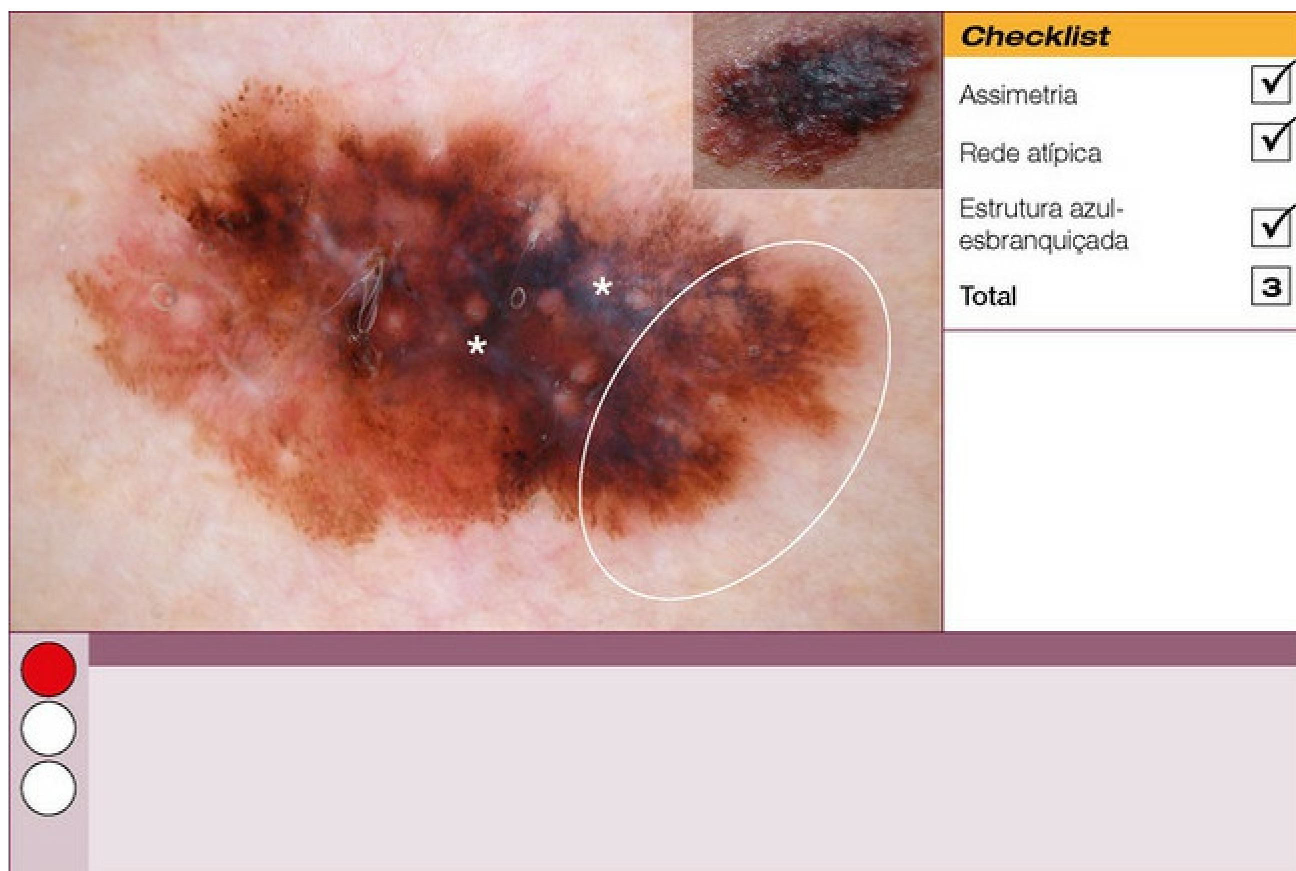


Figura 25 Melanoma

Este é um melanoma bem definido pela notável assimetria da cor e da estrutura e pela presença de estrutura azul-esbranquiçada difusamente (asteriscos). Uma rede pigmentar atípica pode ser vista na parte direita da lesão (círculo).

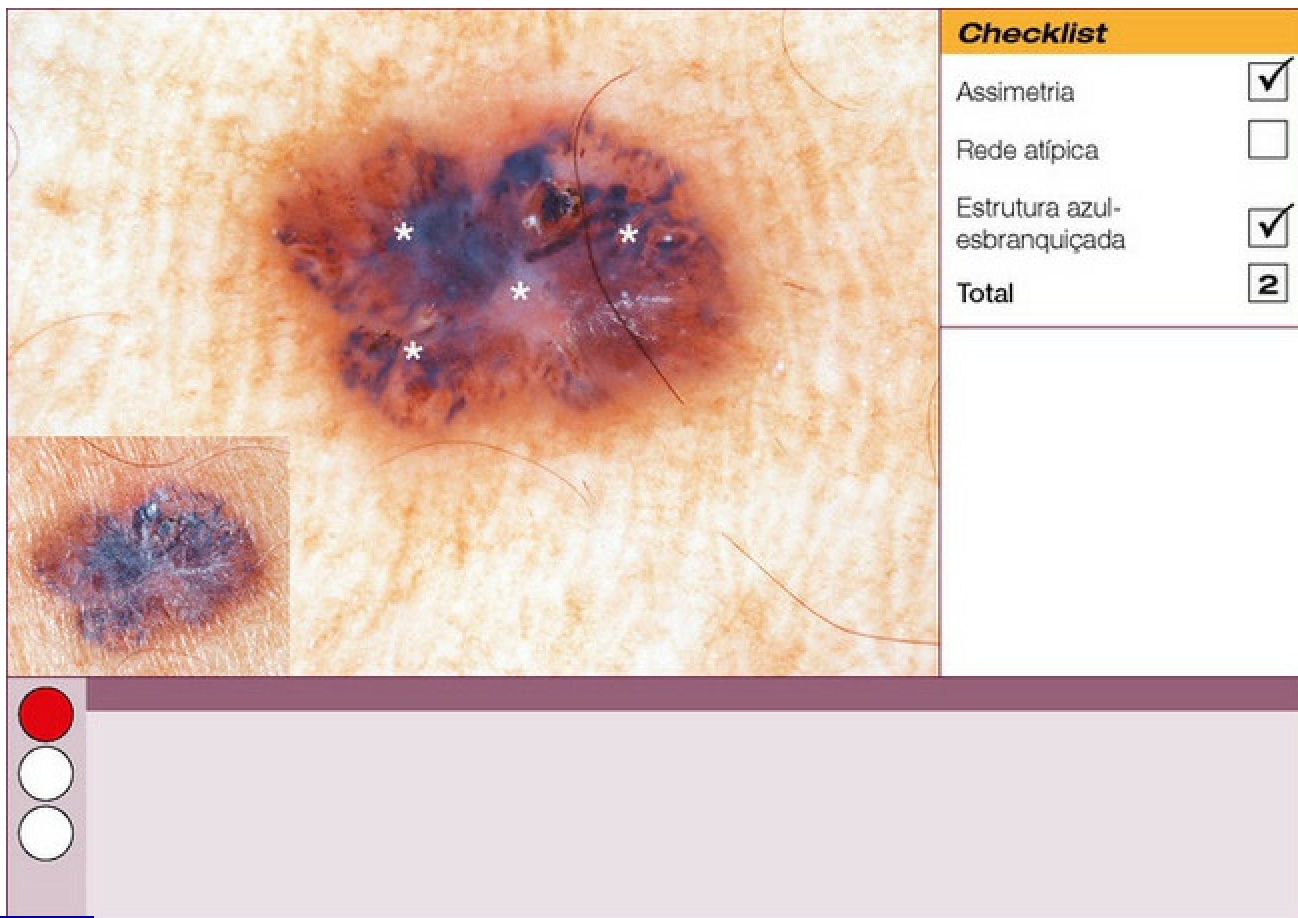


Figura 26 Carcinoma basocelular

Não há dúvida de que esta neoplasia pigmentada apresenta dois critérios da lista. Observe uma assimetria notável. Não é visualizada rede pigmentar, mas há presença de estrutura azul-esbranquiçada abundante (asteriscos).

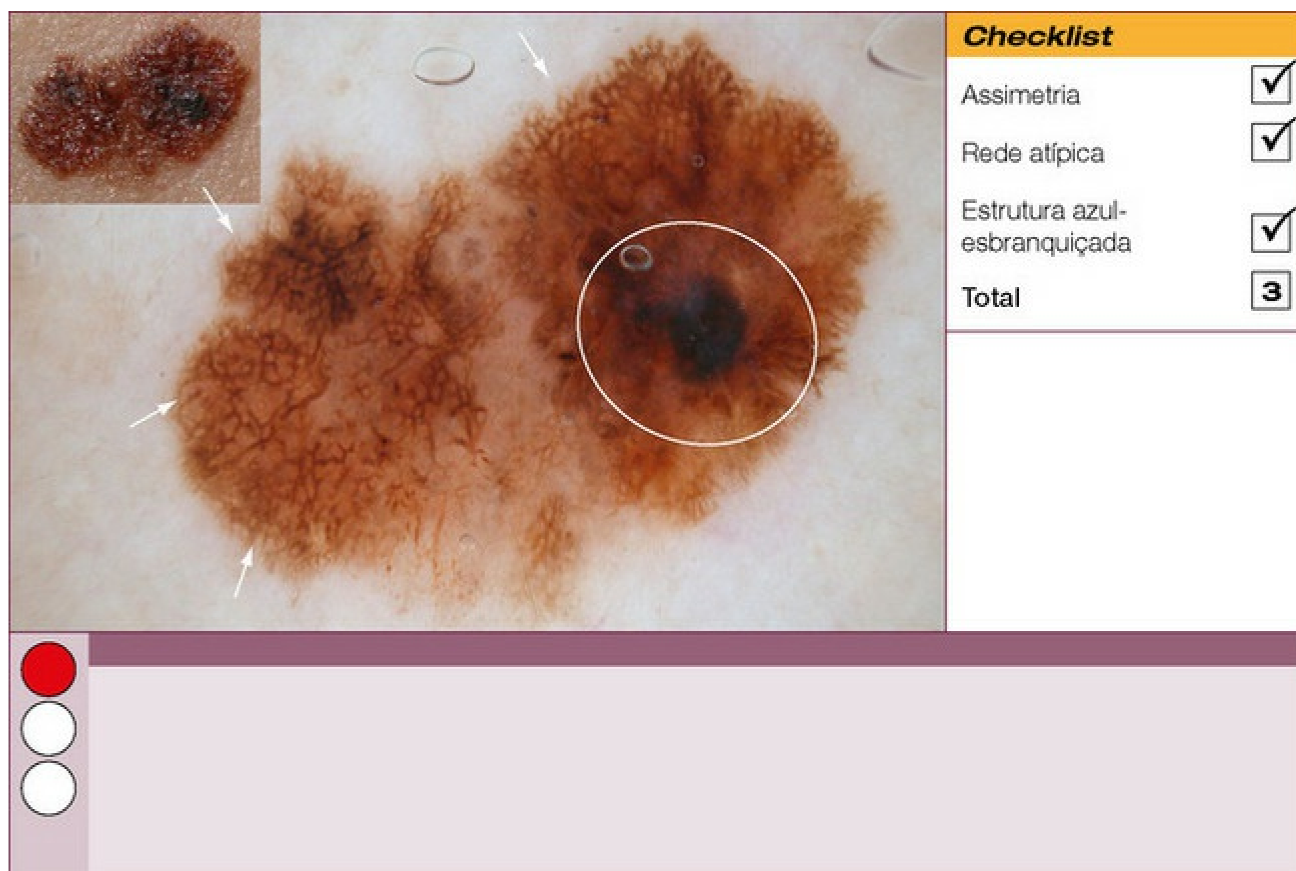


Figura 27 Melanoma

Todos os três critérios são vistos nesta lesão. Há uma assimetria significativa de cor e estrutura, com rede pigmentar atípica bem desenvolvida (setas). Na parte inferior direita da lesão, pode-se observar uma estrutura azul-esbranquiçada (círculo).



Figura 28 Melanoma

Uma significativa assimetria de cor e estrutura é criada por uma estrutura azul-esbranquiçada (setas), a qual ocupa maior parte da lesão. Não se observa rede pigmentar atípica.

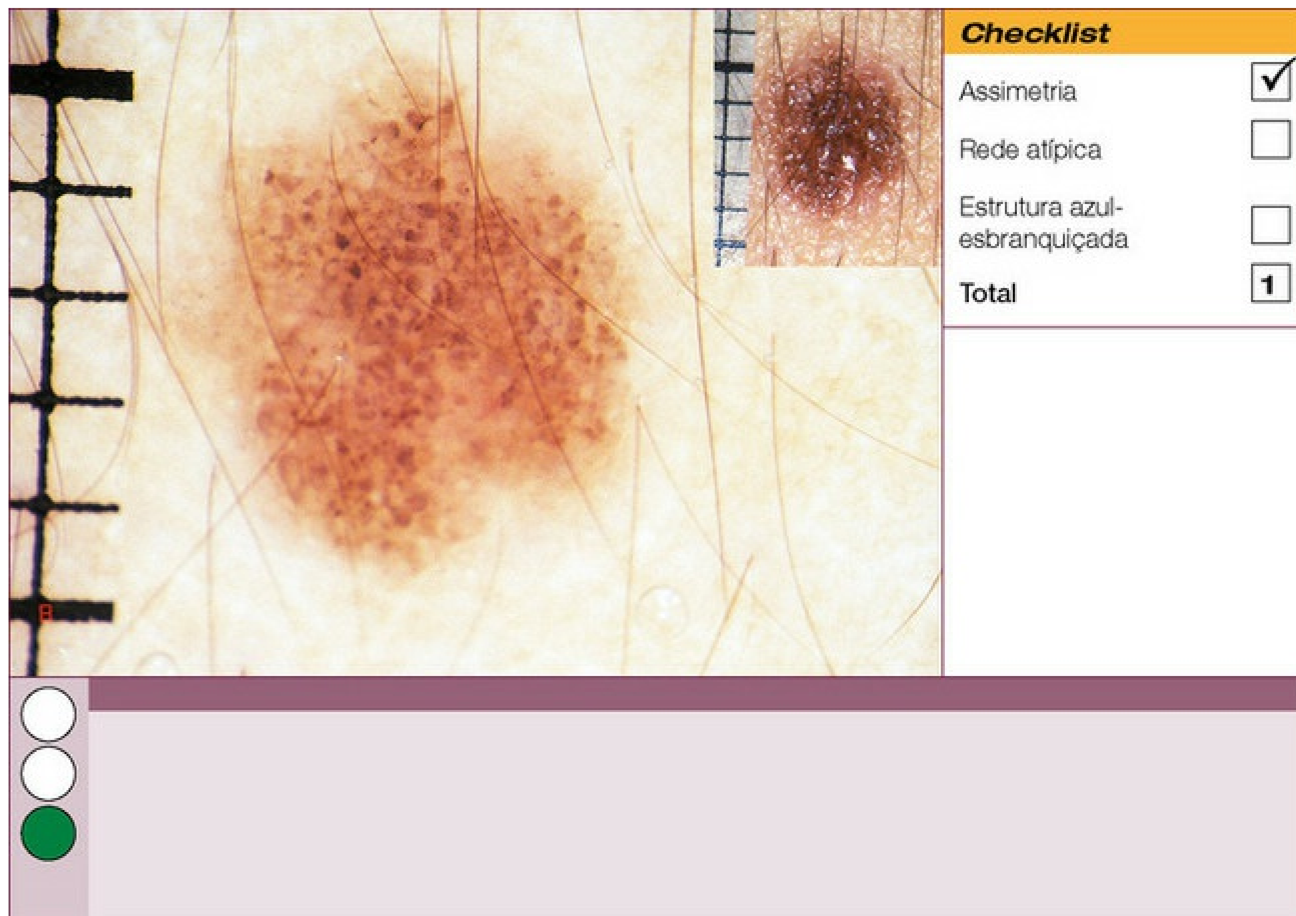


Figura 29 Nevo

Apenas um critério é visto nesta lesão, de modo que esta é uma lesão benigna. A metade inferior da lesão é diferente da superior, apresentando assim uma discreta assimetria. Não se observa rede pigmentar ou estrutura azul-esbranquiçada.

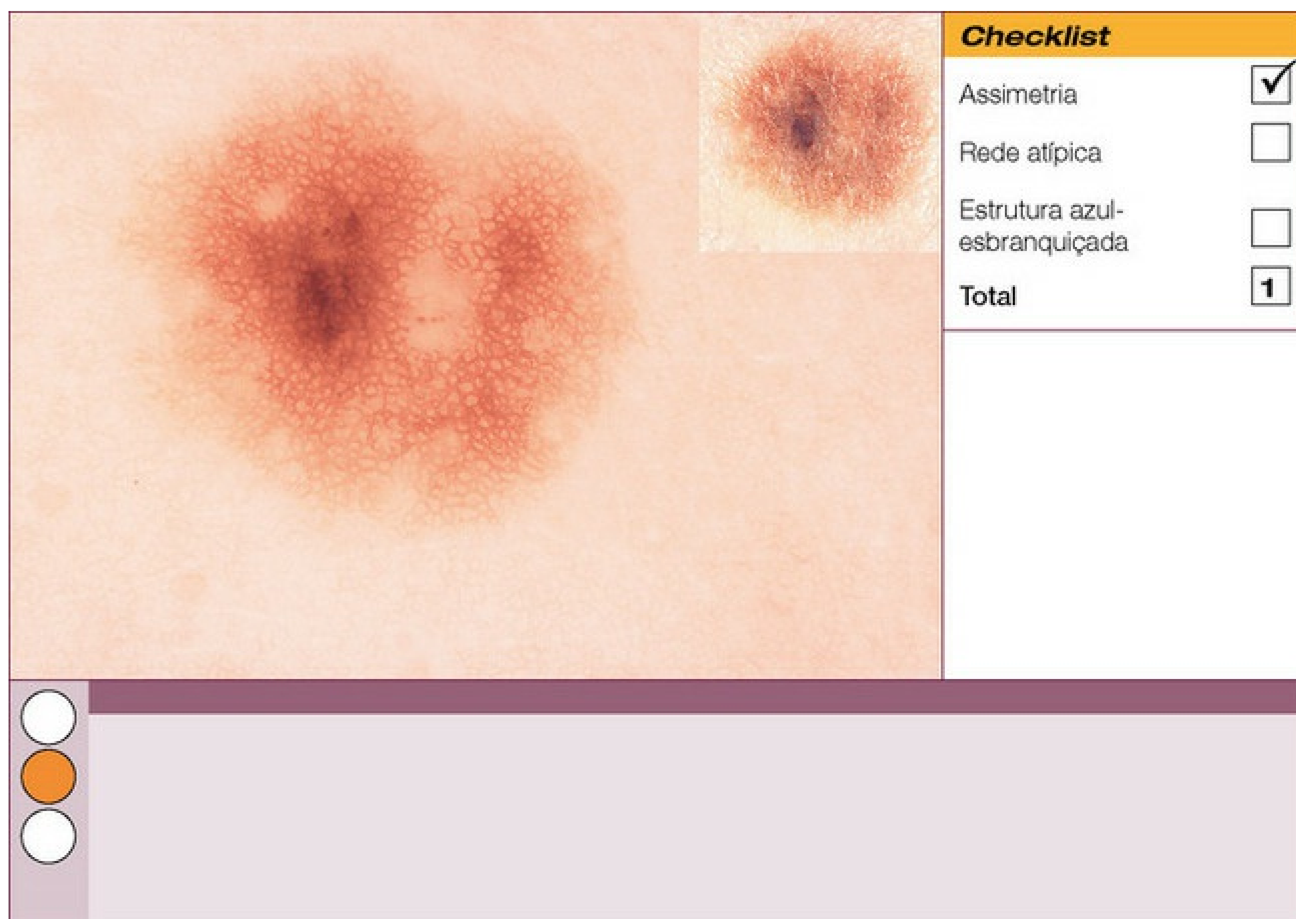


Figura 30 Nevo

A presença de um só critério não é suficiente para diagnosticar malignidade. Observe a assimetria na cor e na estrutura – o lado esquerdo da lesão é diferente do direito. Ausência de rede pigmentar atípica e estrutura azul-esbranquiçada.

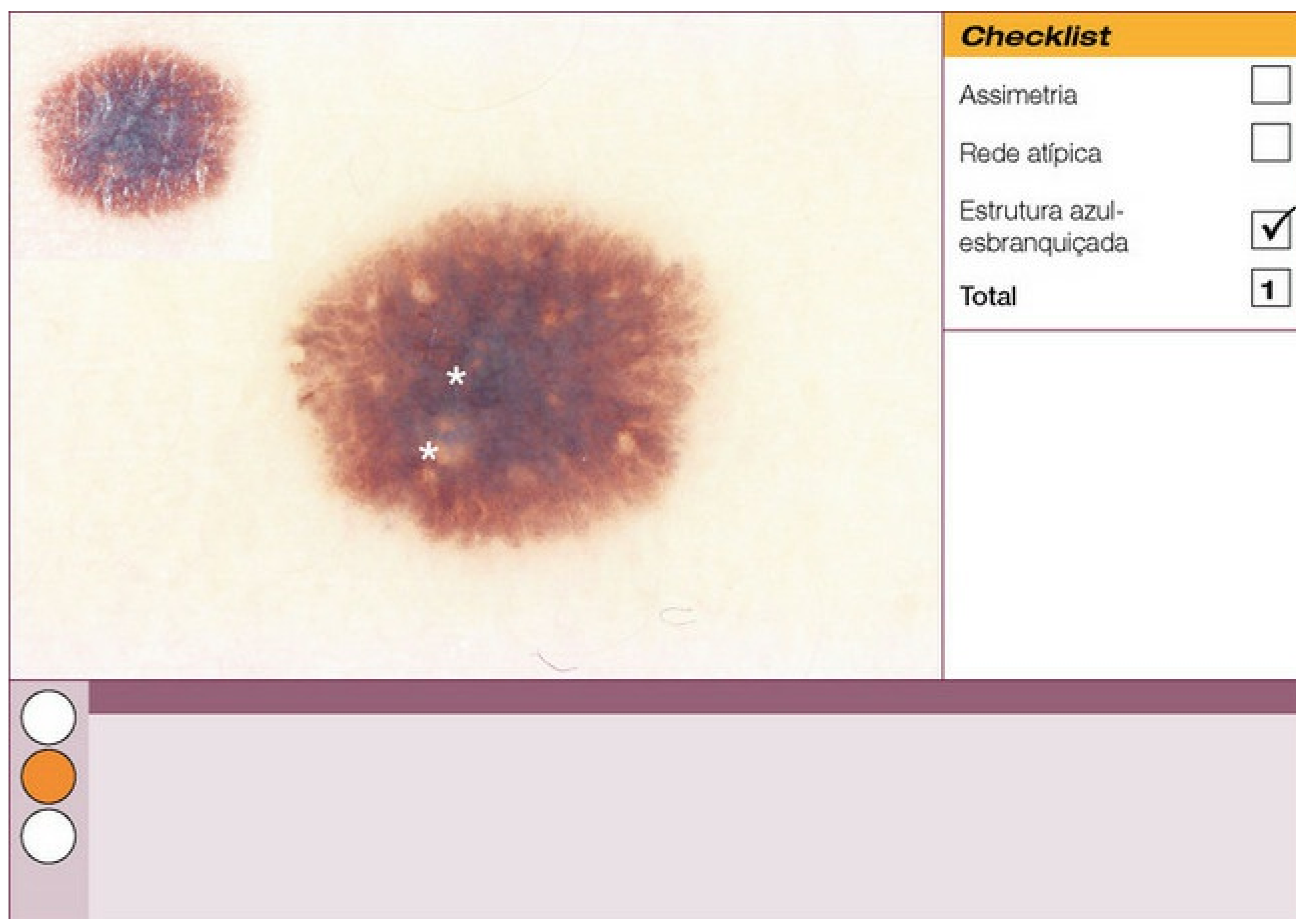


Figura 31 Nevo

Esta é uma lesão de difícil interpretação. Embora apenas um critério da lista esteja presente, a aparência global pode criar alguma suspeita de que seja um melanoma. Esta lesão é simétrica e não há rede pigmentar. No centro, a estrutura azul-esbranquiçada é tão discreta, que pode ser difícil detectá-la (asteriscos).

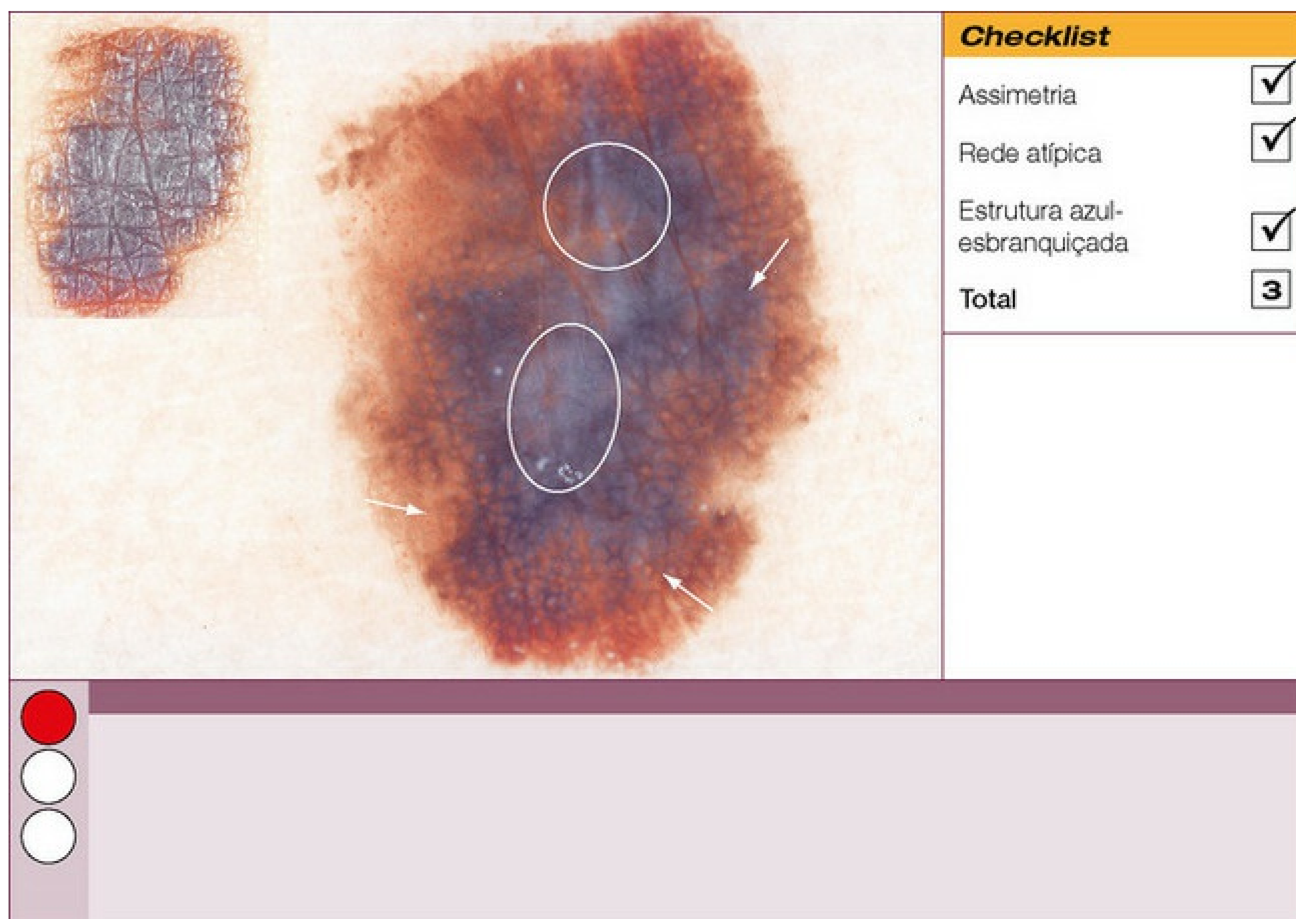


Figura 32 Melanoma

Todos os critérios estão presentes, evidenciando a impressão de que esta lesão é um melanoma. Embora o contorno seja simétrico, há assimetria na cor e na estrutura dentro da lesão. Uma rede pigmentar espessada clara (setas) está presente, com pequenos focos de estrutura azul-esbranquiçada (círculos) no centro da lesão. Este melanoma inicial pode não ser diagnosticado se a dermatoscopia não for feita.

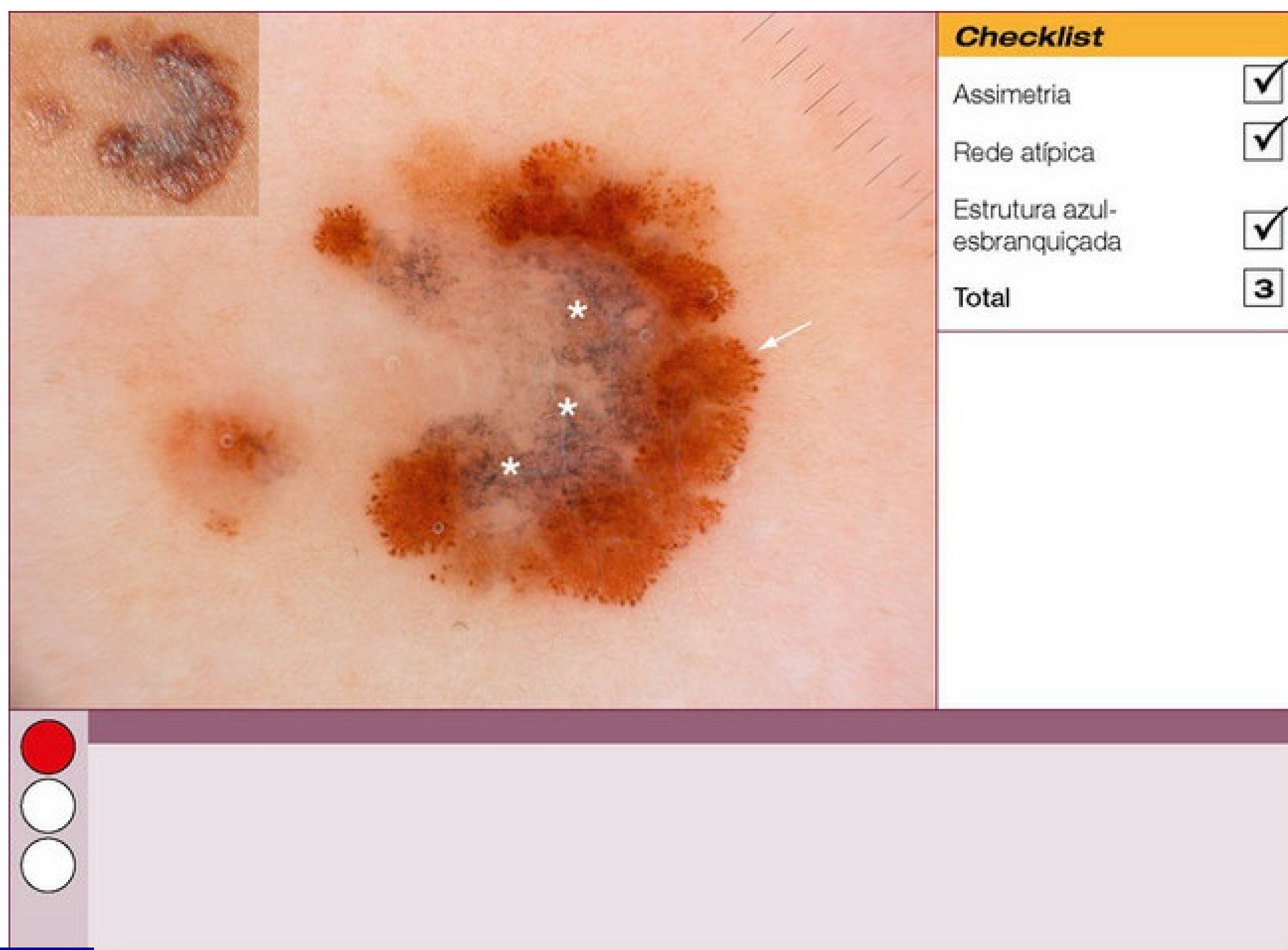


Figura 33 Melanoma

Mais uma vez, os três critérios estão presentes e mesmo o dermatoscopista iniciante deve suspeitar imediatamente de melanoma. Há uma óbvia assimetria na cor e na estrutura, com zonas apresentando uma rede pigmentar atípica (seta). Há também áreas claras com outra variação no critério estrutura azul-esbranquiçada, denominado aspecto de pimenta salpicada (asteriscos).



Figura 34 Carcinoma basocelular

A metade inferior desta lesão não é igual à superior, e o lado direito não é igual ao esquerdo; portanto, trata-se de uma lesão assimétrica. Não é identificada rede pigmentar, mas existem muitos pontos de estrutura azul-esbranquiçada (círculo). Lembre-se de que a presença de dois critérios significa que a lesão deve ser excisada.

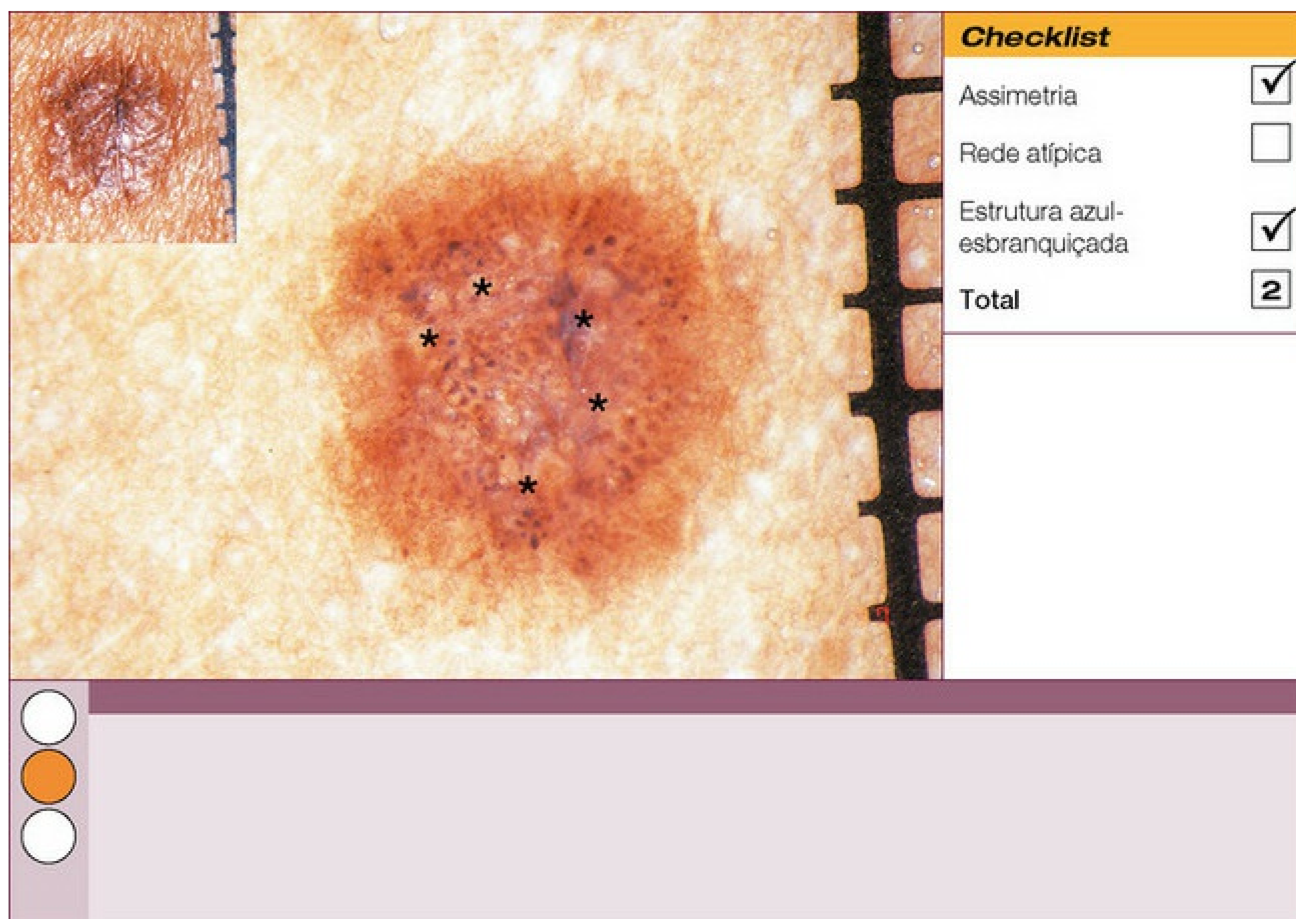


Figura 35 Nevo

Apesar da significativa assimetria da cor e da estrutura, esta é uma lesão benigna. Não há nenhum traço de rede pigmentar, mas existe a presença de estrutura azul-esbranquiçada (asteriscos). Com dois critérios, retire a lesão ou mostre-a a um dermatoscopista mais experiente.

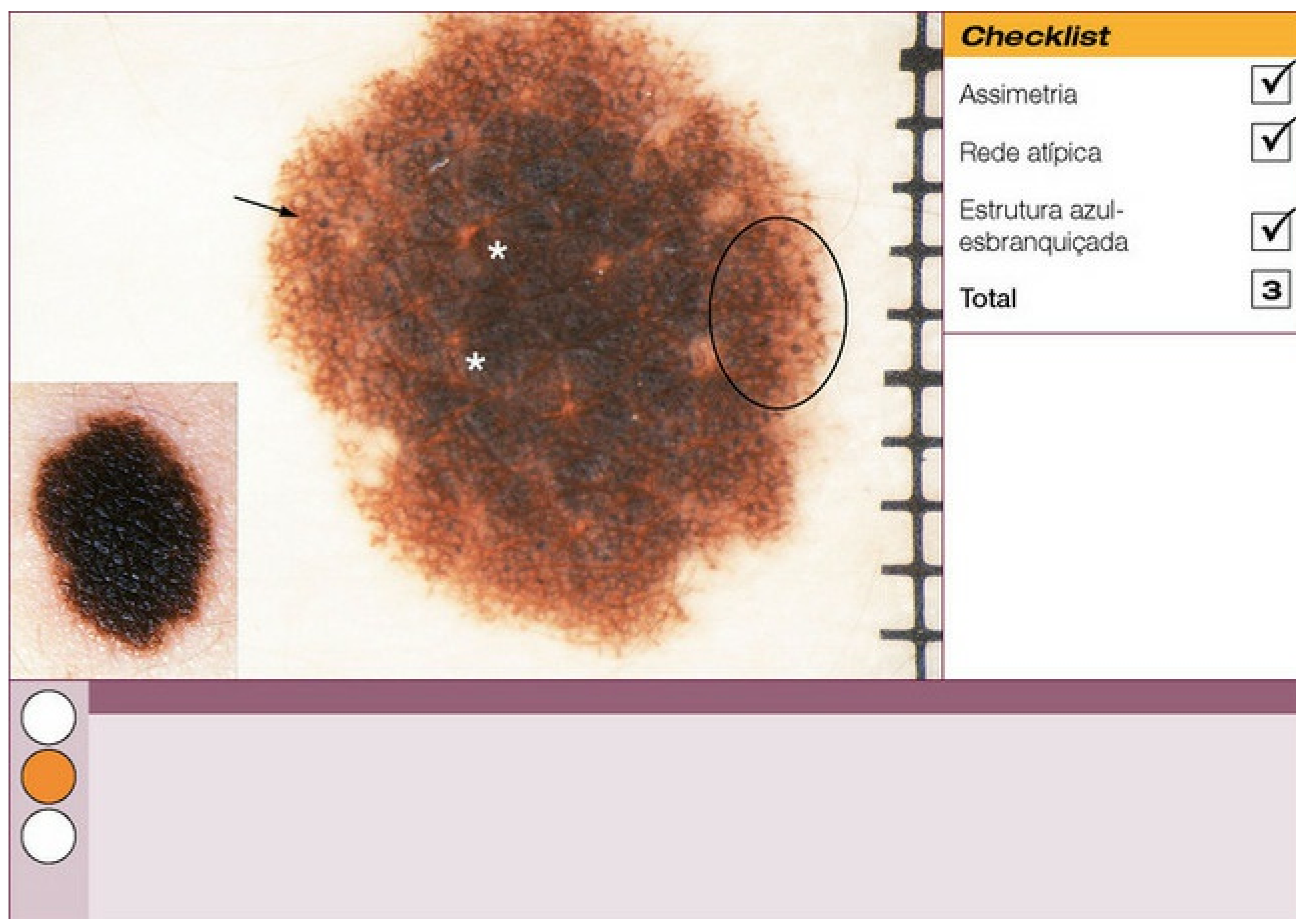


Figura 36 Nevo

Esta é uma lesão de difícil diagnóstico por apresentar os três critérios bem discretos. Há uma rede pigmentar atípica no lado esquerdo (setas) e glóbulos (círculo) no lado direito; é, portanto, uma lesão assimétrica. Além disso, observa-se estrutura azul-esbranquiçada (asteriscos).

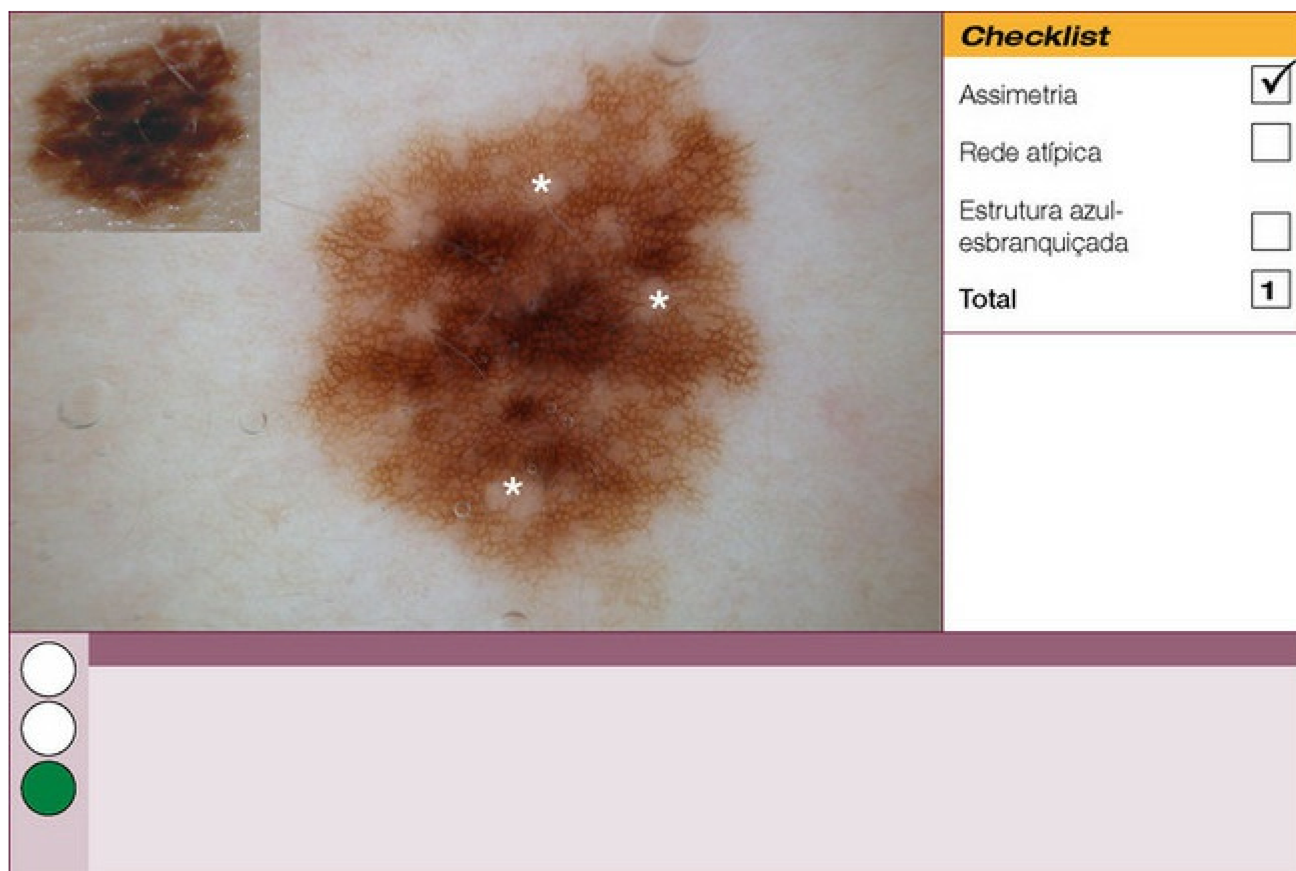


Figura 37 Nevo

Esta é uma lesão levemente assimétrica com rede pigmentar típica. Não confunda as múltiplas áreas de hipopigmentação (asteriscos) com a cor branca que pode ser vista na estrutura azul-esbranquiçada.

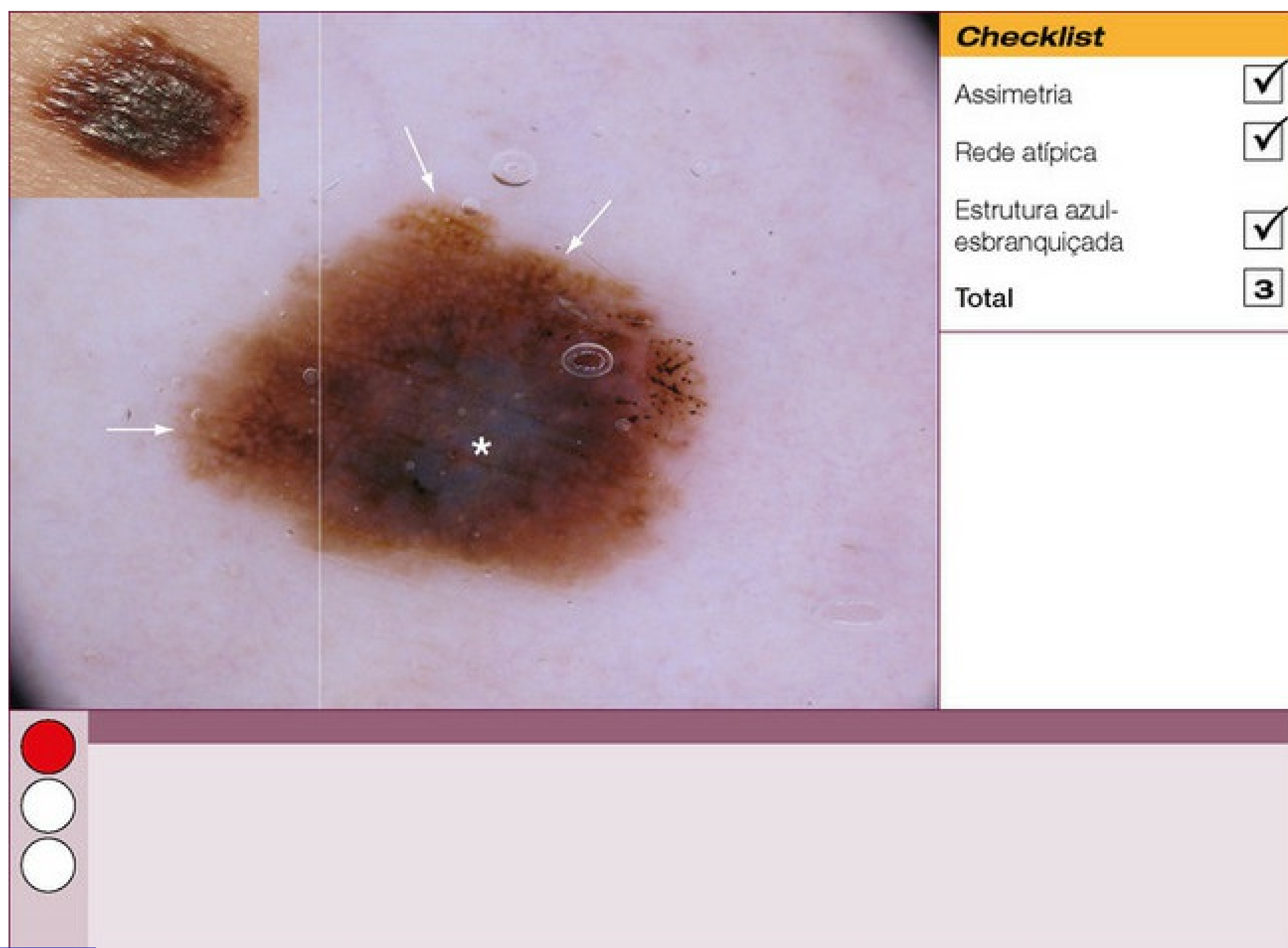


Figura 38 Melanoma

Melanomas superficiais exibem comumente todos os critérios da lista, como demostrado neste exemplo. Há assimetria na cor e na estrutura, com poucos focos (setas) de rede pigmentar atípica. No centro, uma área de estrutura azul-esbranquiçada também pode ser visualizada (asterisco). O diagnóstico diferencial dermatoscópico inclui nevo com acentuada displasia e melanoma *in situ*.

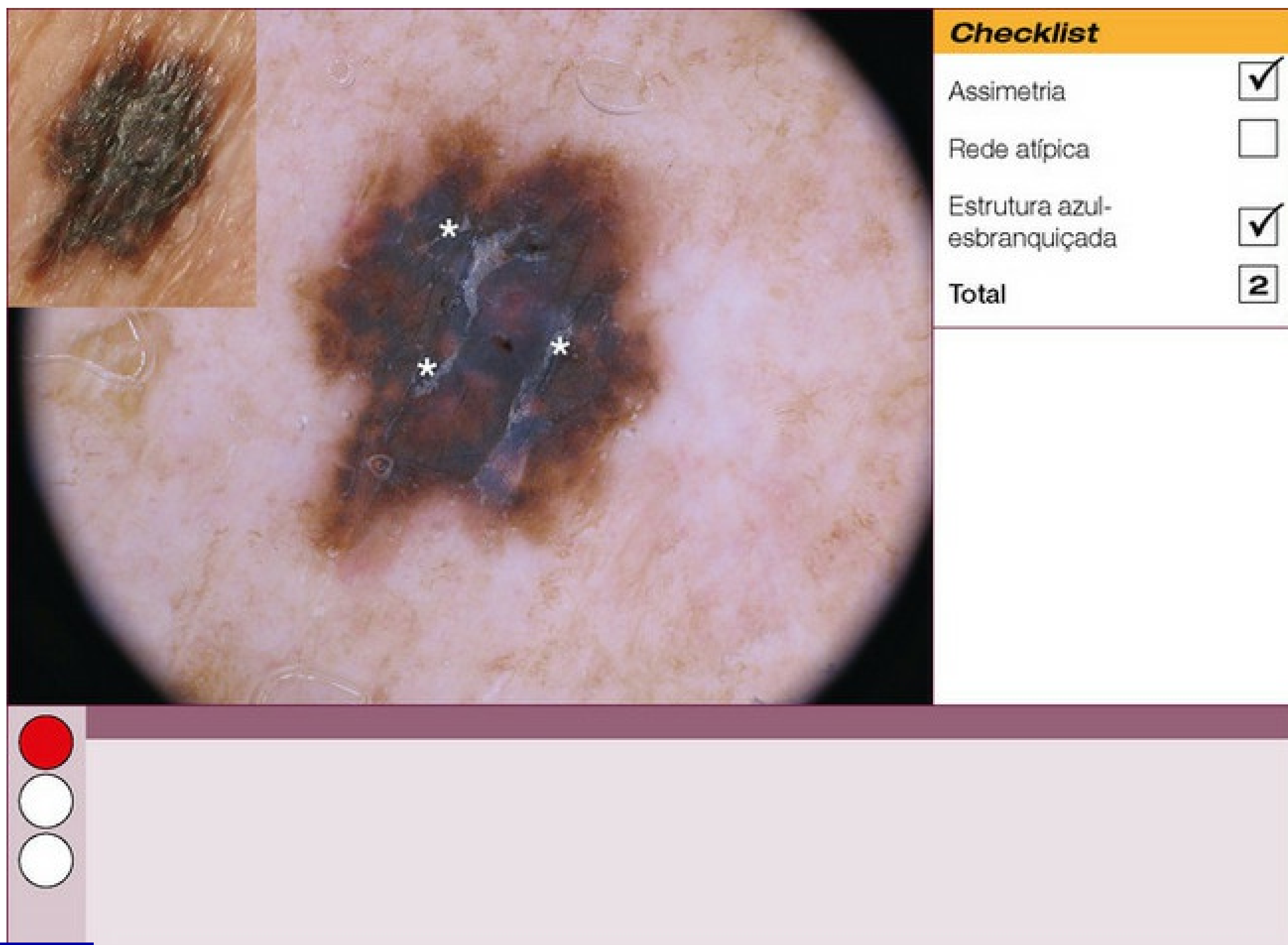


Figura 39 Melanoma

Esta lesão escura é causa de preocupação. Note a forma assimétrica e múltiplos véus azuis e brancos anastomosados (asteriscos). Com os dois critérios bem desenvolvidos presentes, este melanoma não pode deixar de ser diagnosticado se a lista for utilizada.

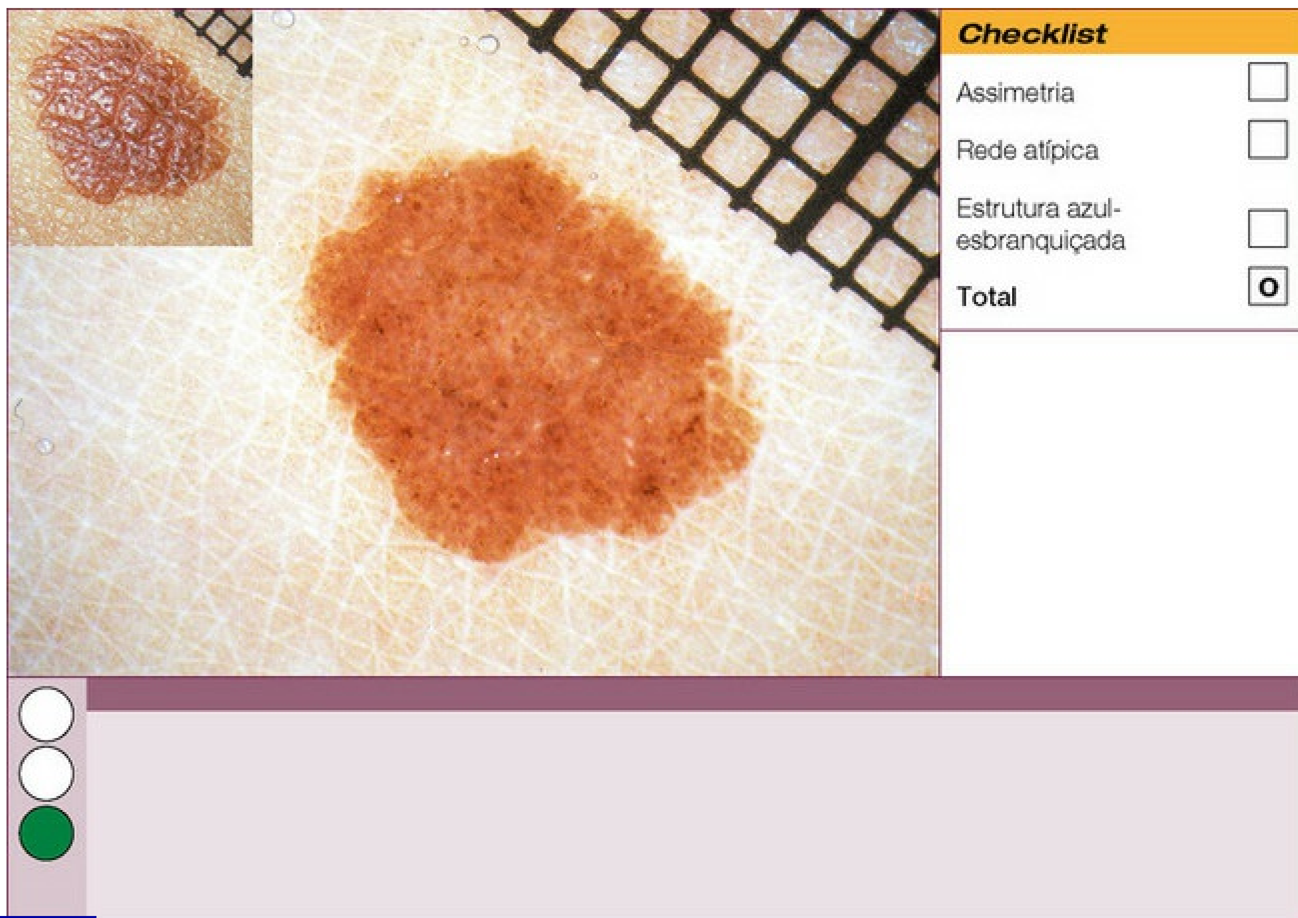


Figura 40 Nevo

Há uma ausência notável dos critérios nesta lesão quando comparada com os melanomas já vistos neste capítulo. Não estão presentes rede pigmentar atípica ou estrutura azul-esbranquiçada.

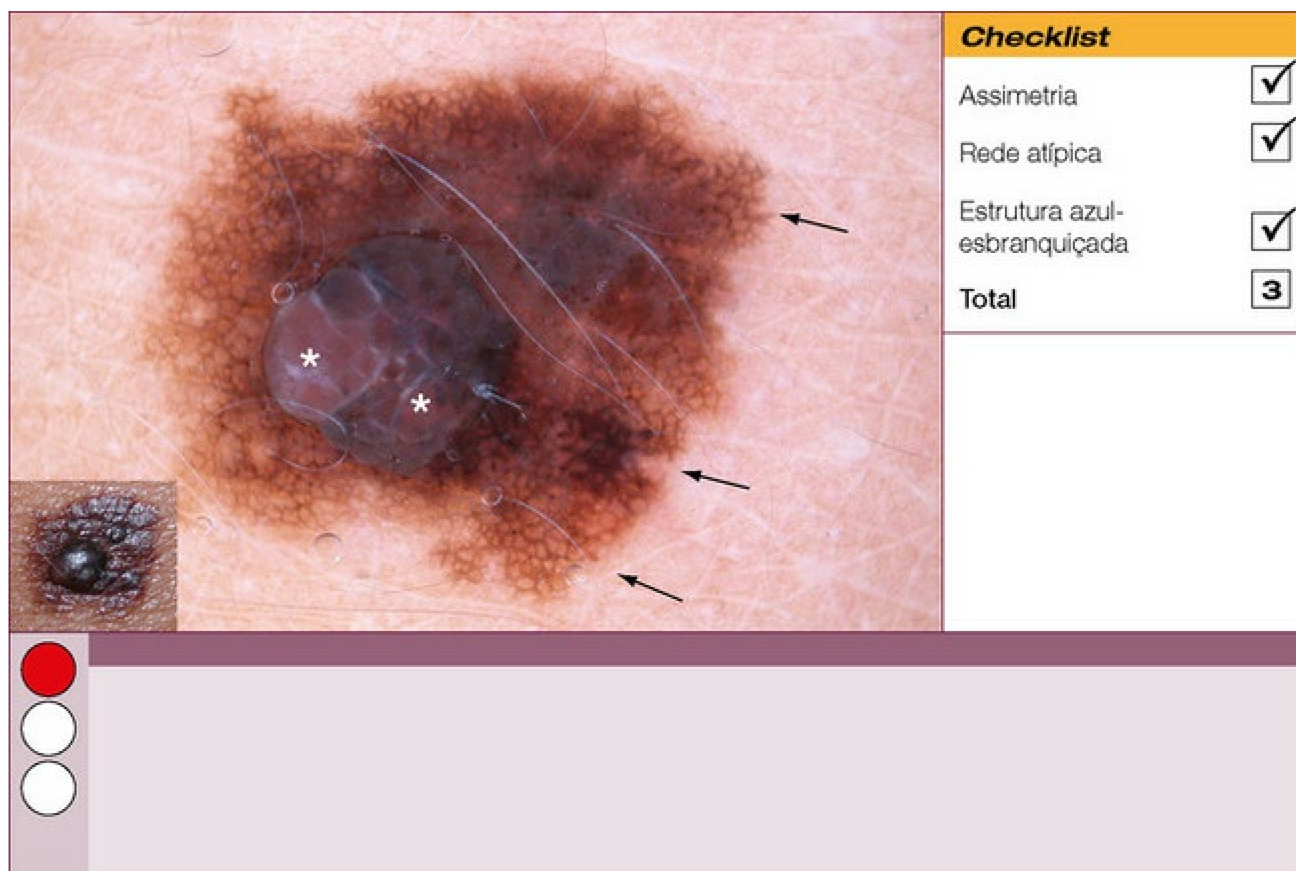


Figura 41 Melanoma

Este é um claro exemplo de um melanoma com os três critérios da lista. Há uma assimetria notável na cor e na estrutura. Múltiplas áreas exibem variações da morfologia de uma rede pigmentar atípica (setas). Em uma localização paracentral, pode ser visualizada a estrutura azul-esbranquiçada (asteriscos). Sempre tenha concentração e atenção para identificar critérios importantes que possam estar presentes na lesão.

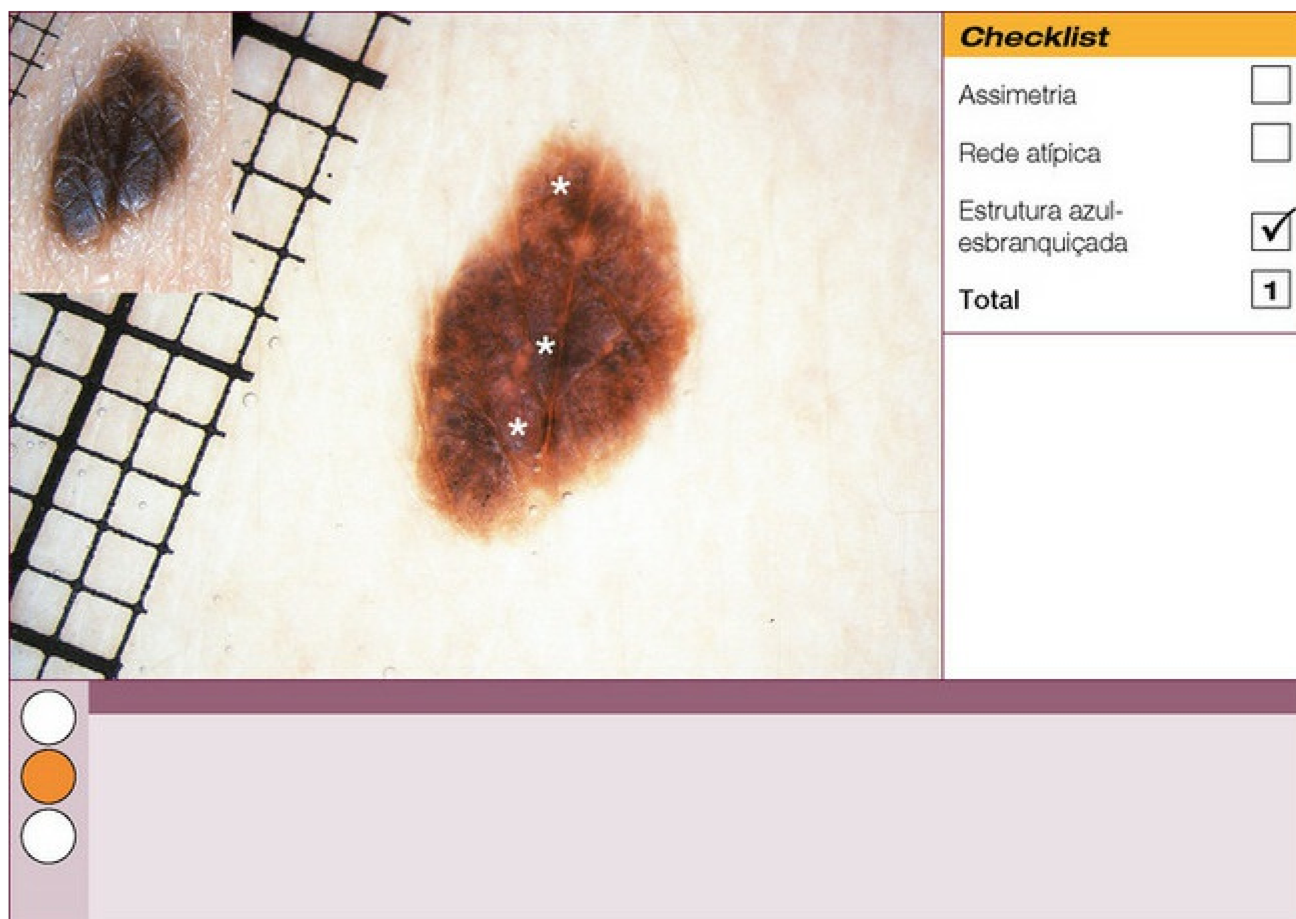


Figura 42 Nevo

Numerosos focos de estrutura azul-esbranquiçada são visualizados na lesão (asteriscos). Não pode ser vista uma rede pigmentar atípica. Mesmo tendo apenas um critério, a cor escura e a estrutura azul-esbranquiçada são preocupantes. Embora isso o torne um nevo de baixo risco, é melhor errar pelo mais seguro e retirar essas lesões duvidosas. Com experiência, menos lesões melanocíticas como esta serão removidas.

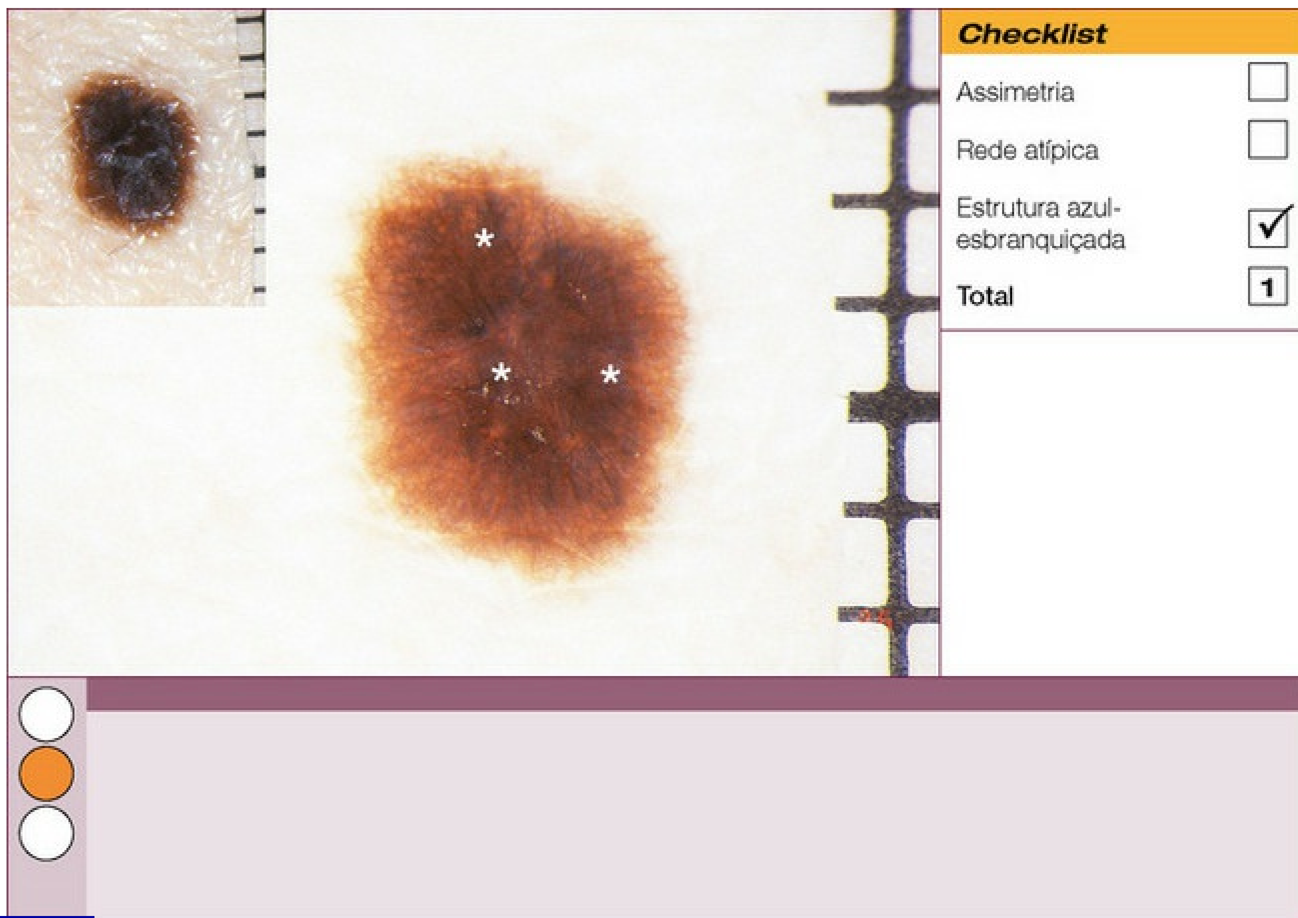


Figura 43 Nevo

Esta lesão pode alcançar dois critérios apenas por ser considerada assimétrica. Esta imagem é similar à da Figura 42. Ausência de rede pigmentar atípica. Existem, entretanto, múltiplos focos de estrutura azul-esbranquiçada (asteriscos).



Figura 44 Ceratose seborreica

Seguindo estritamente os critérios da lista, esta lesão apresenta dois deles. Há uma discreta assimetria na cor e na estrutura, com algumas áreas de estrutura azul-esbranquiçada (asteriscos). Não há rede pigmentar. Com os dois critérios, o dermatoscopista iniciante deverá remover essa lesão, apesar de sempre existir uma exceção a cada regra. Com experiência, os clínicos ficarão mais confiantes no diagnóstico de ceratose seborreica.



Figura 45 Nevo

Esta lesão apresenta um critério da lista. É relativamente simétrica e não há rede pigmentar. Estrutura azul-esbranquiçada (asteriscos), nesta situação apenas esbranquiçada, é claramente visível. Esse exemplo pode ser uma armadilha para a lista dos três pontos dermatoscópicos, porque o carcinoma de células basais nodular pode simular dermatoscopicamente nevo dérmico, principalmente quando as telangectasias não são examinadas com cuidado.

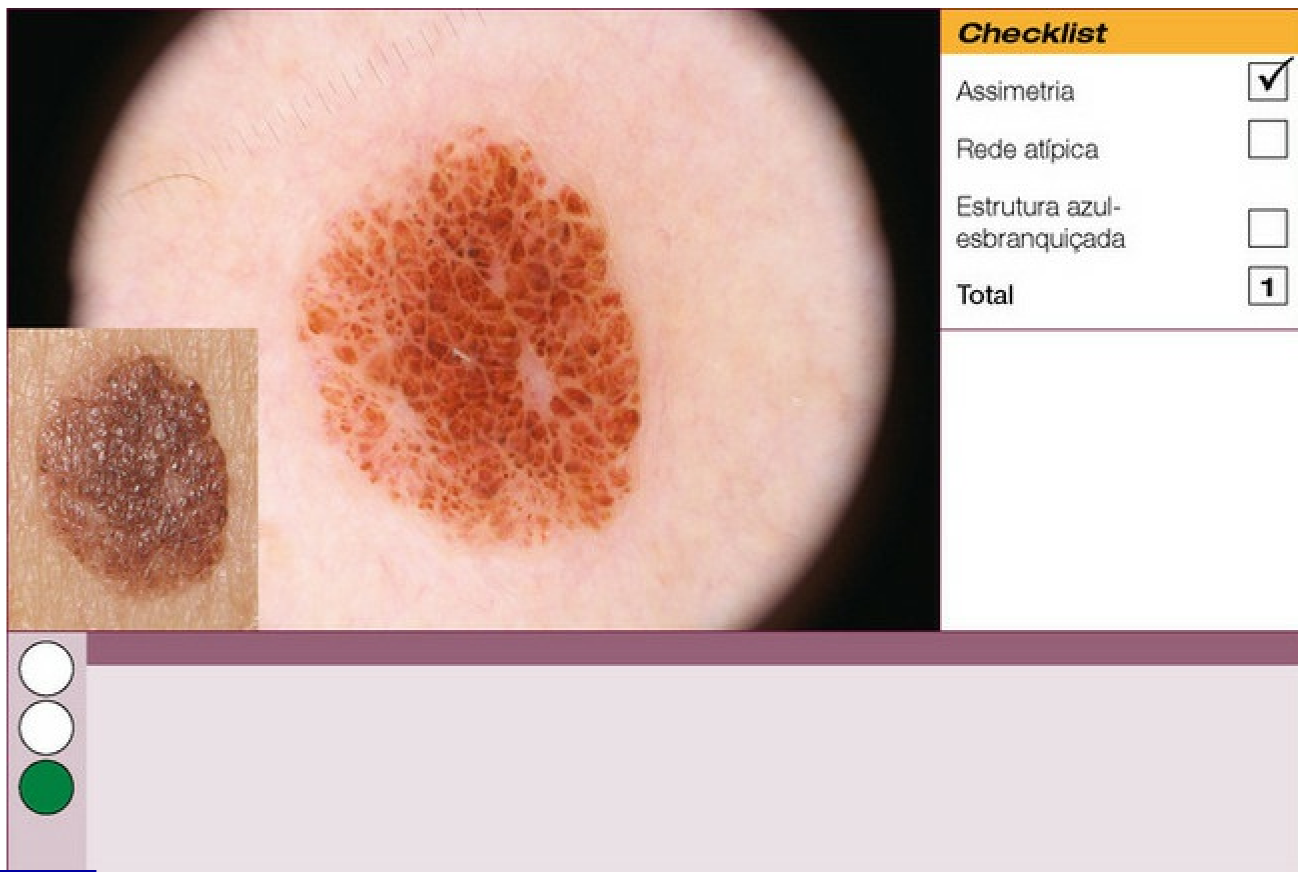


Figura 46 Nevo

Esta é outra lesão de difícil diagnóstico para o iniciante, porque pode apresentar um ou dois critérios. Lembre-se sempre: se a lesão pode ser de alto risco, excise ou acompanhe o paciente de perto. Verifica-se uma discreta assimetria na dermatoscopia das estruturas (glóbulos), mas não há rede pigmentar. Áreas esbranquiçadas muito sutis podem ser interpretadas como estrutura azul-esbranquiçada.

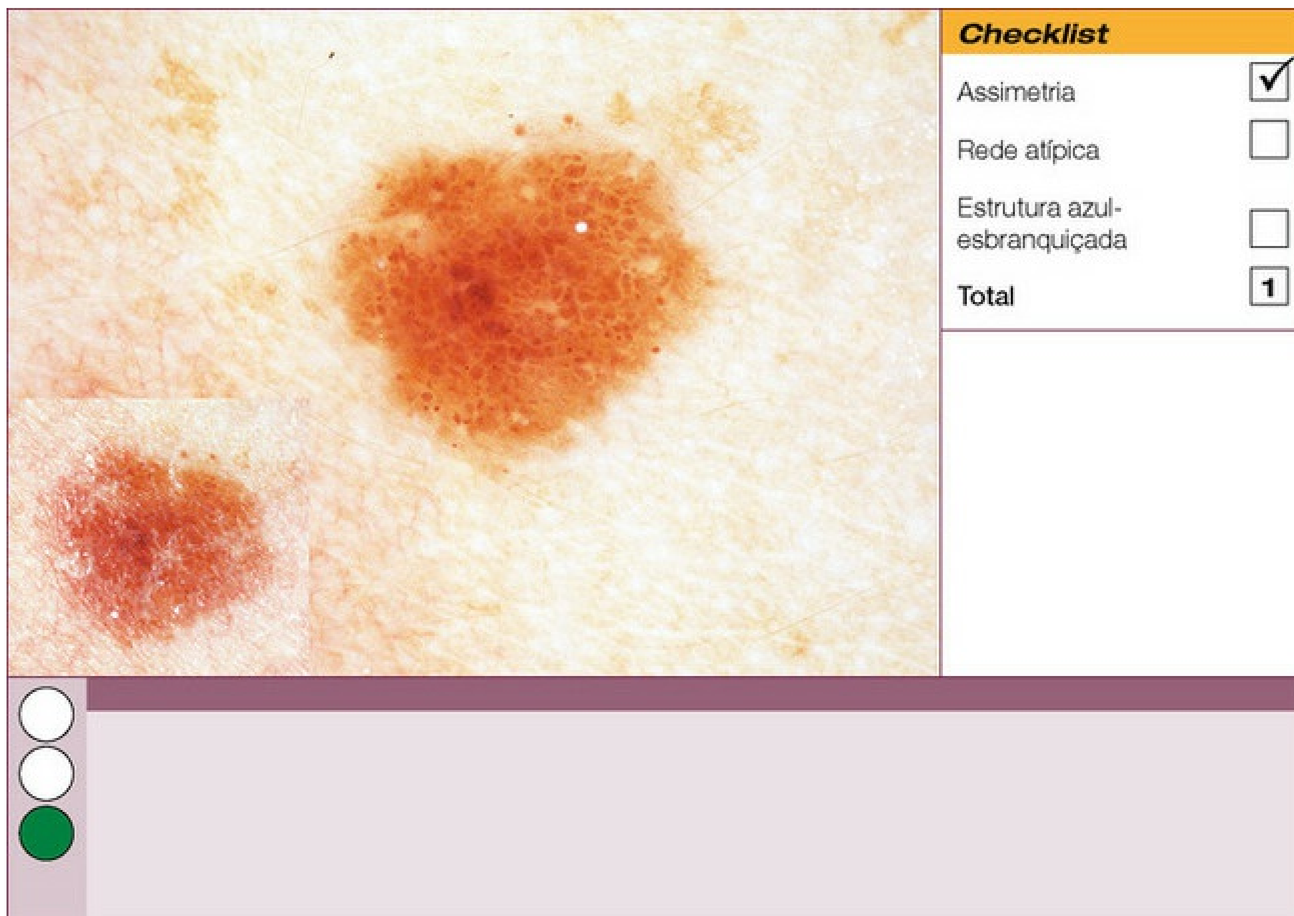


Figura 47 Nevo

Esta lesão apresenta apenas um critério, com discreta assimetria na cor e na estrutura.



Figura 48 Nevo

Esta lesão é fácil de lidar pelo ponto de vista da conduta, porque dois dos três critérios estão presentes, ou seja, deve ser excisada. Há uma notável assimetria na cor e na estrutura, e uma rede pigmentar atípica está presente na metade superior esquerda da lesão. Não há estrutura azul-esbranquiçada.



Figura 49 Nevo

Esta imagem dermatoscópica é preocupante, apresentando dois dos três critérios. Há assimetria na cor e na estrutura e focos de rede pigmentar atípica espessada e ramificada (setas). O iniciante deve excisar a lesão com essa aparência dermatoscópica, embora a patologia possa não detectar nenhum alto risco.

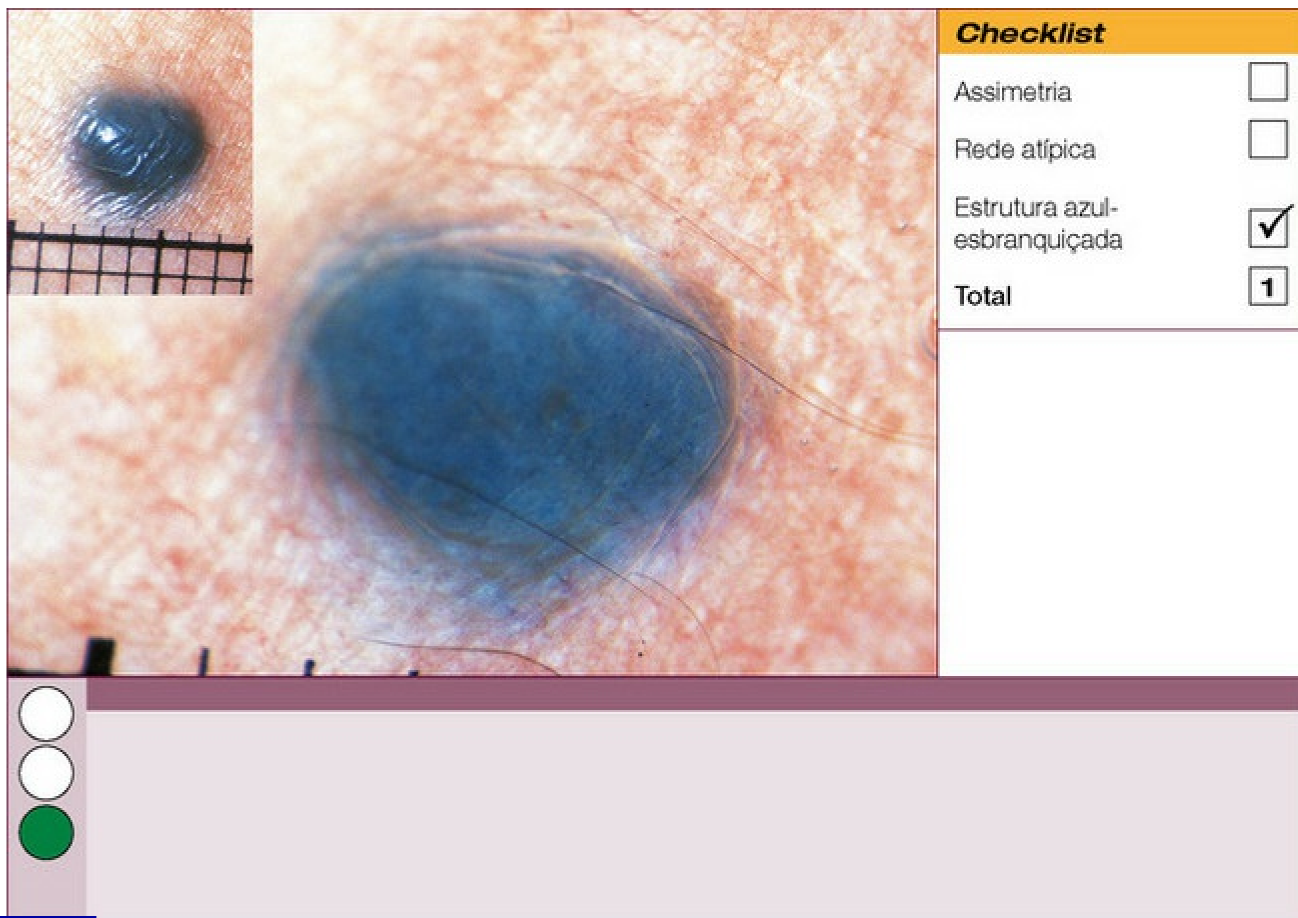


Figura 50 Nevo

Este é um nevo azul que obviamente apresenta um critério. Esta lesão é simétrica, sem rede pigmentar, mas a estrutura azul-esbranquiçada é visualizada de maneira homogênea por toda lesão. A aparência dermatoscópica do nevo azul é única, mas sempre deve-se ter cautela ao fazer o diagnóstico, porque raramente o melanoma nodular e o melanoma cutâneo metastático simulam um nevo azul.

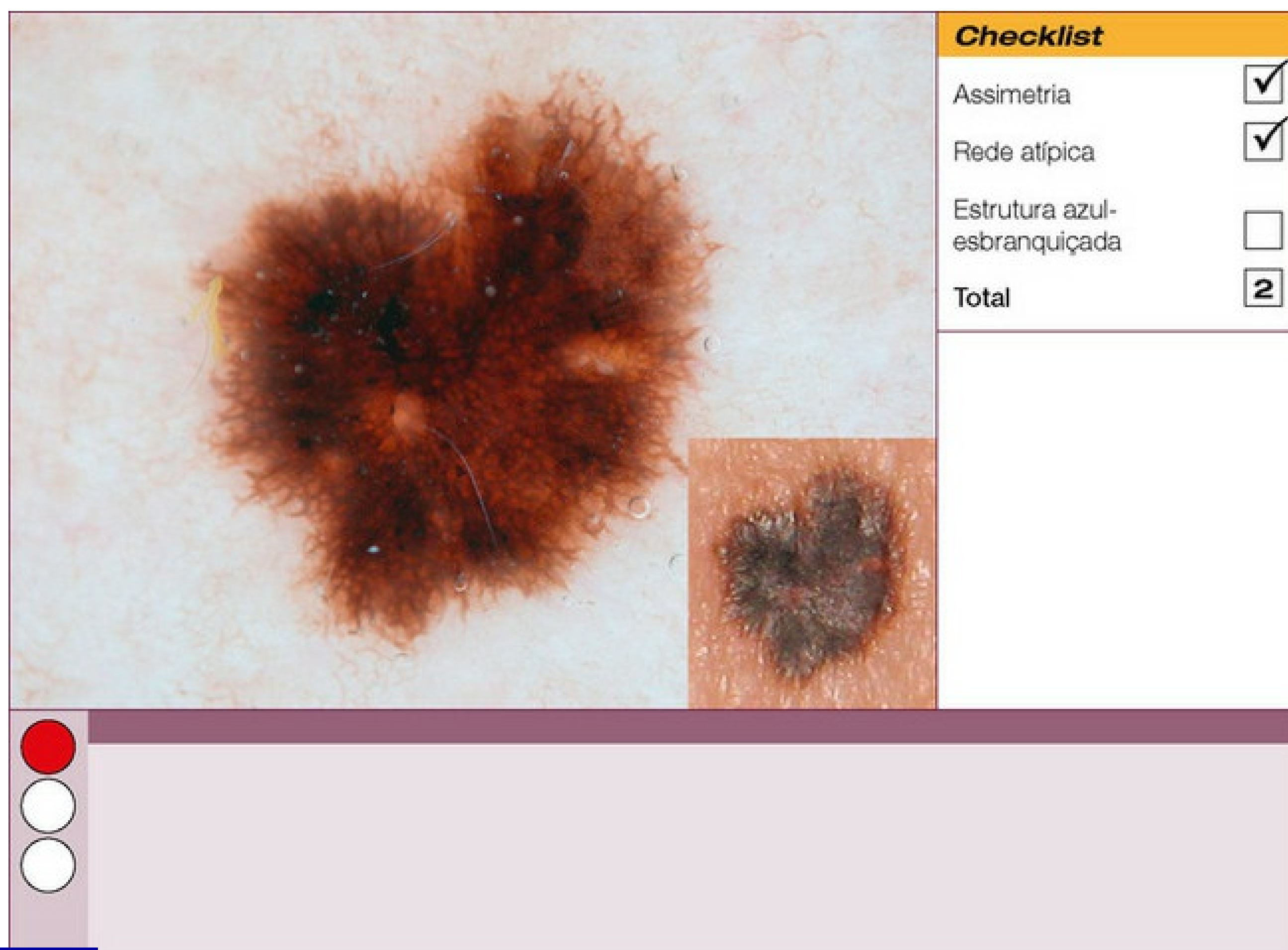


Figura 51 Nevo

Novamente, a conduta nesta lesão após a avaliação dos três critérios é nítida. Com dois dos três critérios, esta pode ser uma lesão de alto risco. Apresenta uma notável assimetria na forma e na estrutura. Uma rede pigmentar atípica é observada por toda a periferia da lesão. Não há estrutura azul-esbranquiçada. A discordância entre a lista dos três pontos dermatoscópicos e a histopatologia já é bem conhecida neste tipo de nevo, que é também chamado de nevo negro.

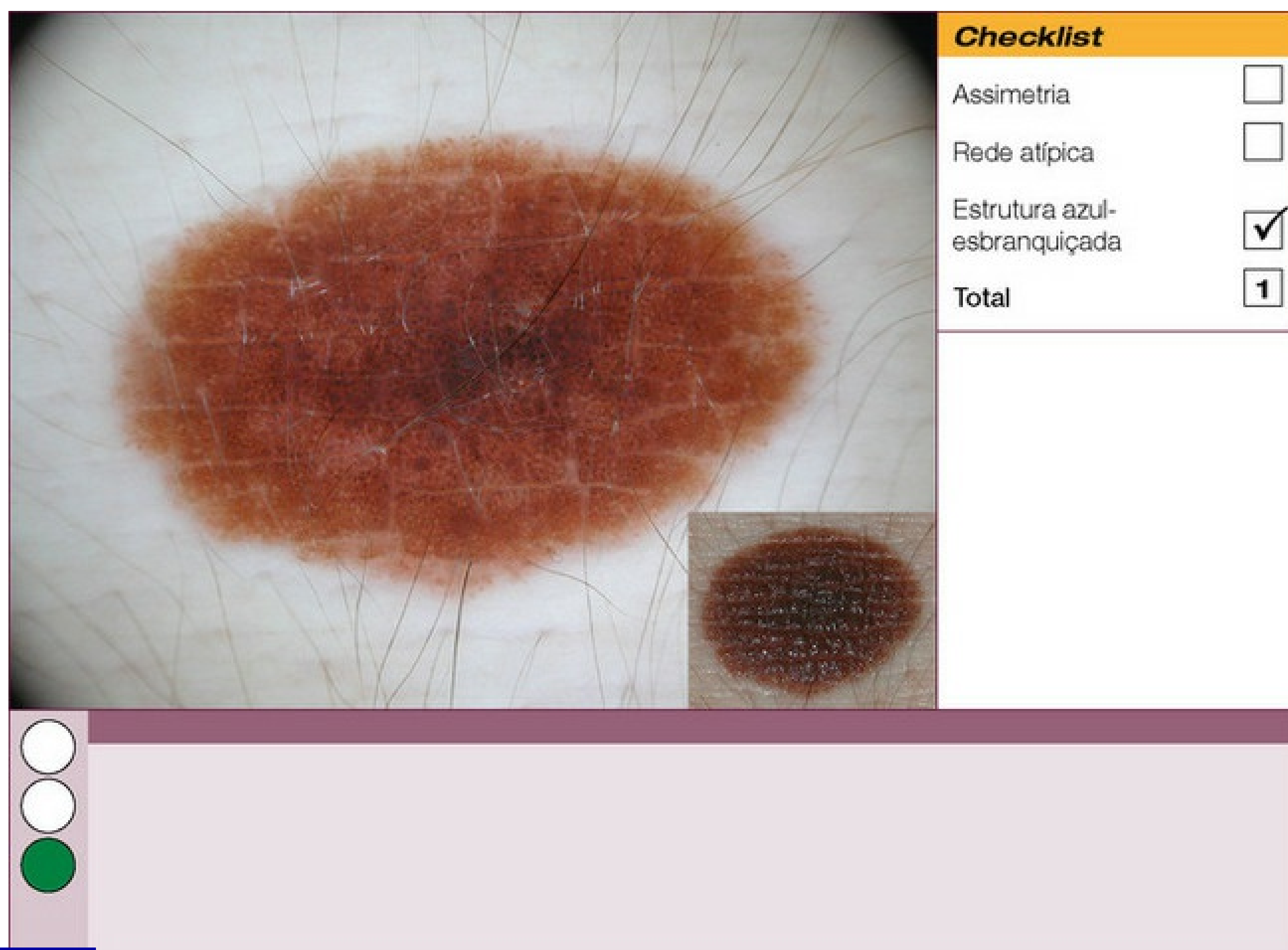


Figura 52 Nevo

Contrapondo-se à lesão da Figura 51, este nevo apresenta apenas um critério. Não há assimetria significativa da estrutura, com apenas um foco delicado de estrutura azul-esbranquiçada no centro da lesão. Não há rede pigmentar atípica.

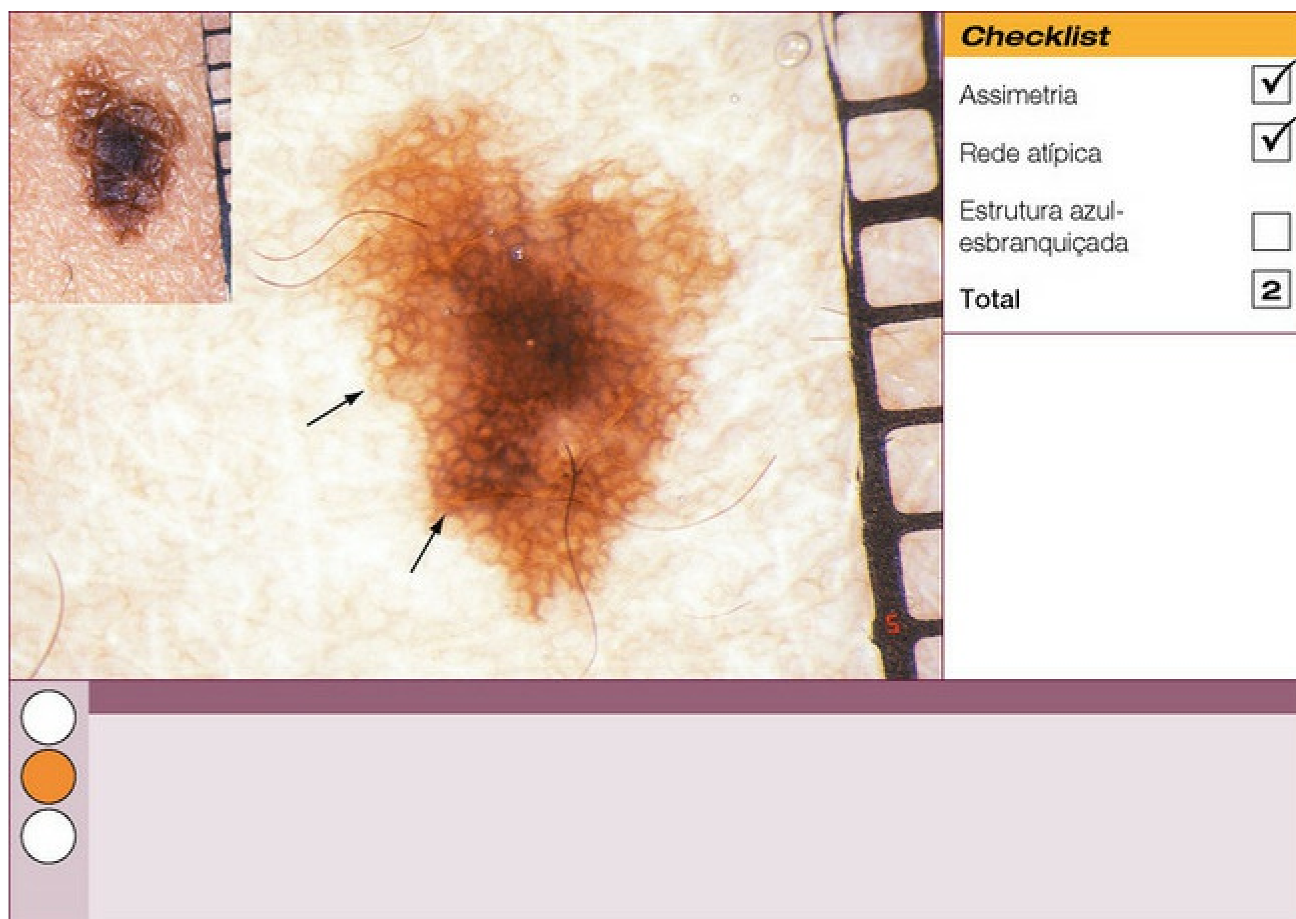


Figura 53 Nevo

Esta lesão também apresenta dois critérios. Este exemplo mostra as limitações do método. Há uma assimetria em virtude de a metade inferior não espelhar a metade superior. Note também a rede pigmentar atípica (setas). Não há estrutura azul-esbranquiçada.

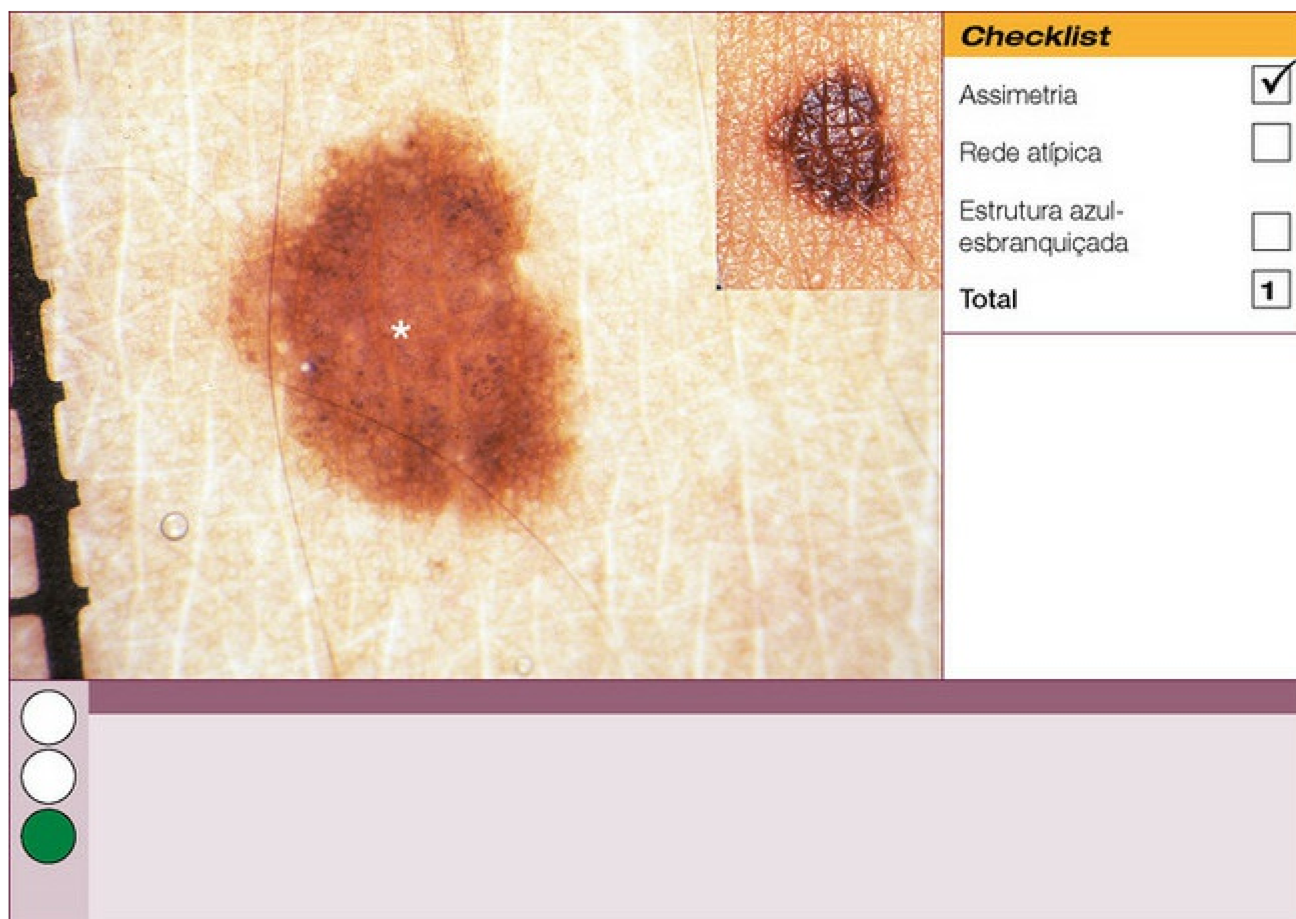


Figura 54 Nevo

Esta lesão é assimétrica pela diferença do lado esquerdo com o lado direito. Os segmentos lineares da rede pigmentar não são espessados, escuros ou ramificados; portanto, não é atípica. Não confunda a despigmentação central (asterisco) com a estrutura azul-esbranquiçada.



Figura 55 Melanoma

Existem dois critérios fortemente positivos nesta lesão – assimetria e estrutura azul-esbranquiçada. Pela presença de algumas lesões-satélites (círculo), ela deve ser excisada com alta prioridade. Assimetria clara tanto na forma quanto na estrutura e uma estrutura azul-esbranquiçada evidente (asteriscos) estão presentes na lesão. Não há rede pigmentar, nem mesmo na periferia.



Figura 56 Nevo

A rede pigmentar atípica (círculo) nesta lesão assimétrica é preocupante, devendo ser excisada. Não há estrutura azul-esbranquiçada. Embora a histologia seja benigna, esta imagem dermatoscópica pode ser vista também no melanoma *in situ*.

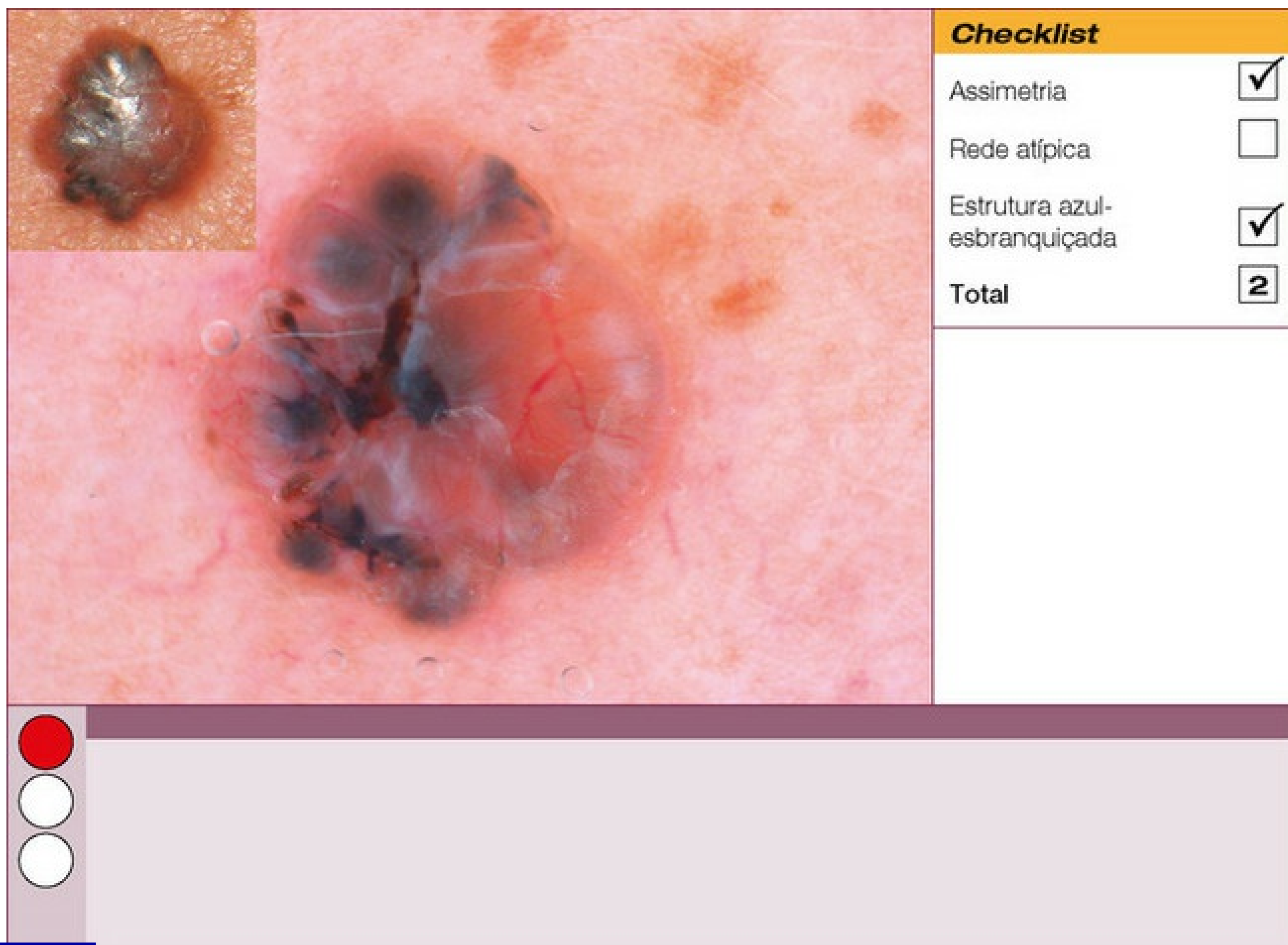


Figura 57 Carcinoma basocelular

Esta lesão apresenta dois critérios; por ser nodular, a excisão é recomendada. Note a assimetria da cor e da estrutura e numerosos focos de estrutura azul-esbranquiçada por toda a lesão. Não pode ser identificada rede pigmentar.



Figura 58 Nevo

Dois dos três critérios estão presentes. A assimetria da cor e da forma é evidente, e há uma estrutura azul-esbranquiçada localizada centralmente (círculo). Pela presença dos dois critérios, é recomendada a excisão desta lesão.

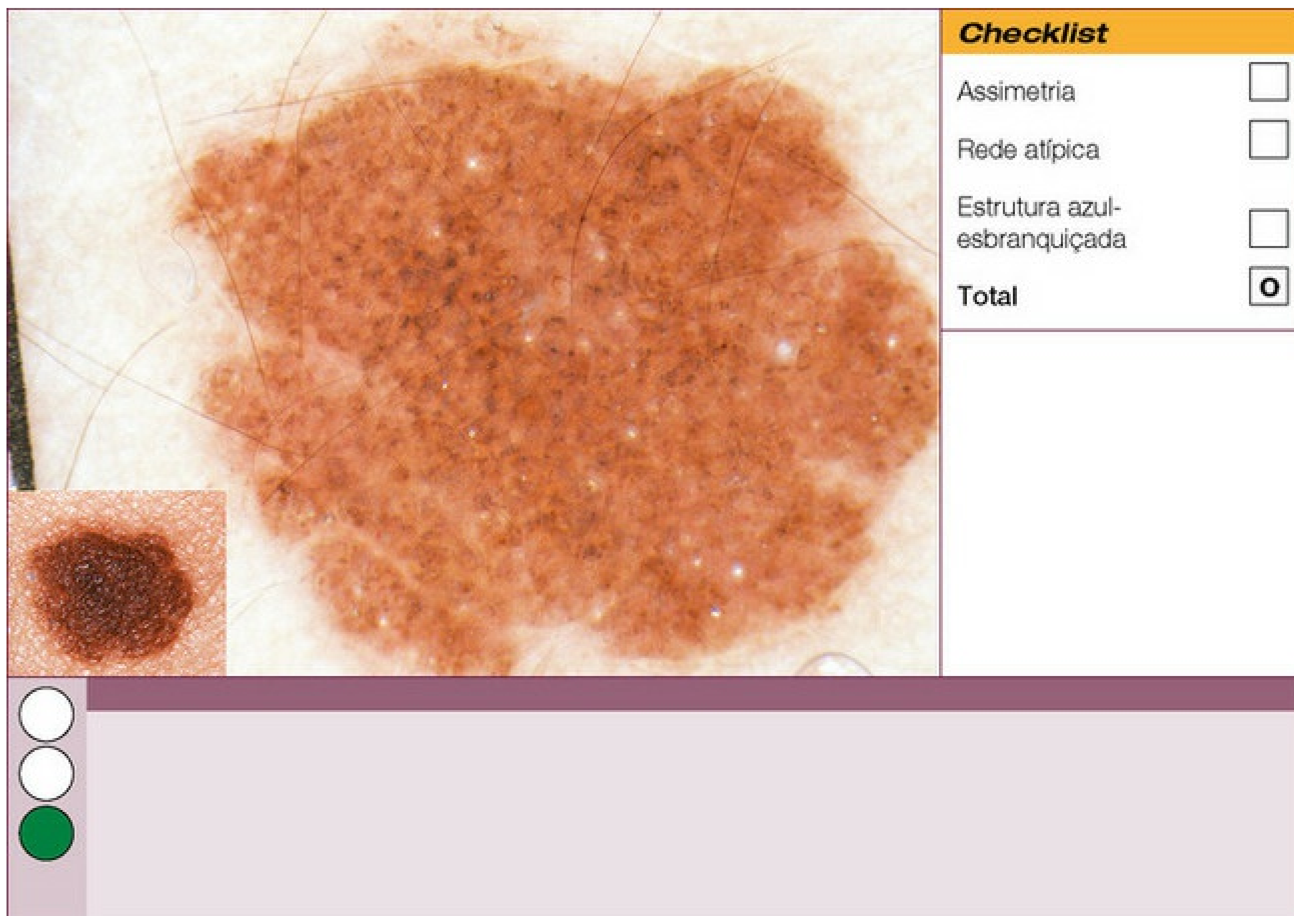


Figura 59 Nevo

Não há nenhum dos critérios nesta lesão.

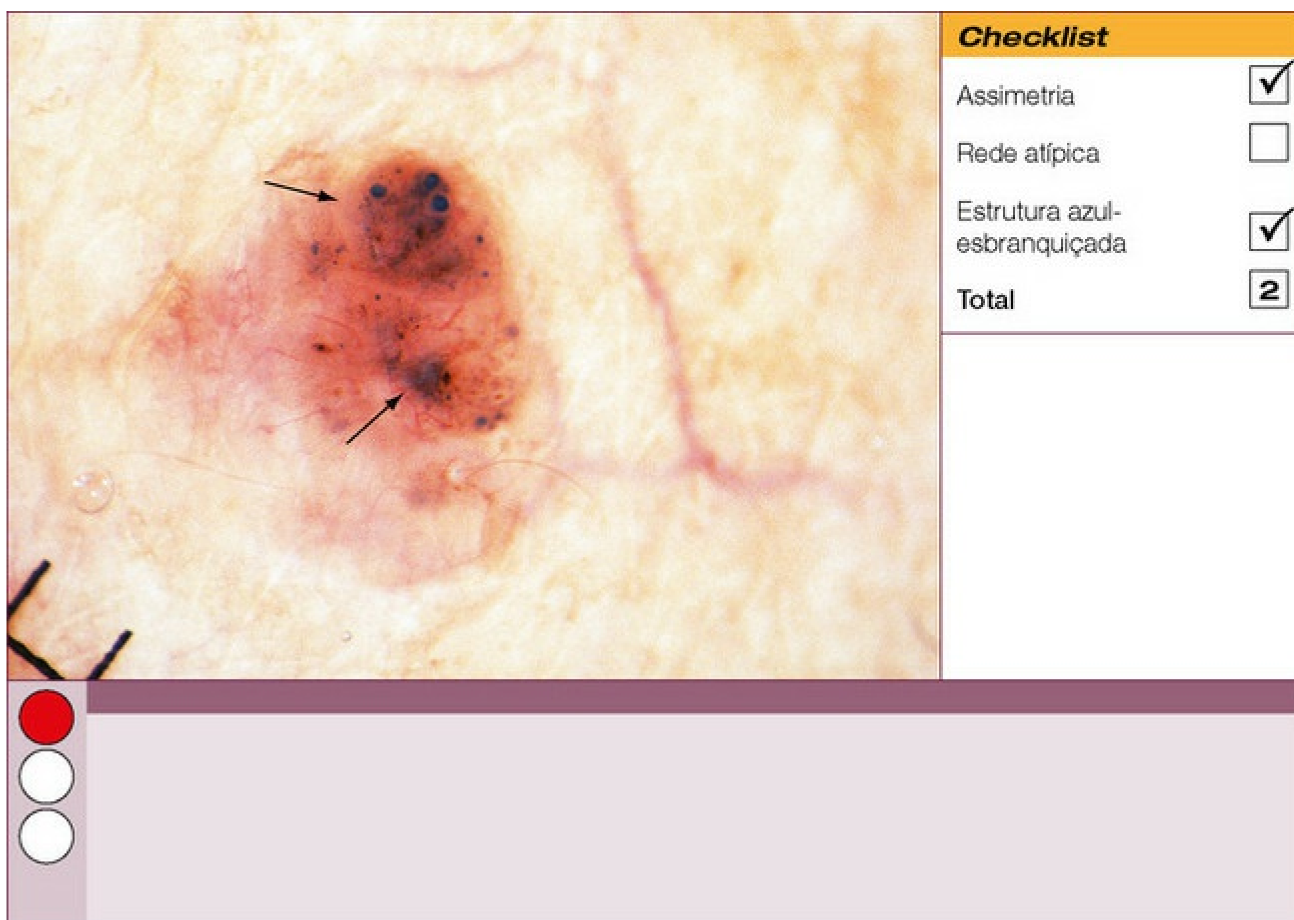


Figura 60 Carcinoma basocelular

Esta lesão nodular apresenta dois critérios, portanto, deve ser excisada. Há assimetria na cor e na estrutura. Note poucos véus azuis e brancos (setas) na ausência de rede pigmentar.

2

Análise de padrão

Critérios dermatoscópicos para diagnósticos específicos

A análise dermatoscópica de lesões cutâneas pigmentadas baseia-se em quatro algoritmos:

- análise de padrão;
- regra ABCD;
- lista de verificação de Menzie de 11 pontos; e
- lista de verificação de 7 pontos.

O denominador comum de todos esses algoritmos diagnósticos é a identificação e análise de critérios dermatoscópicos encontrados nas lesões. A maioria dos dermatologistas que participaram do segundo encontro consensual foi a proponente da análise de padrão. O princípio básico é que as lesões cutâneas pigmentadas são caracterizadas por padrões globais e combinações de critérios locais.

Quatro padrões dermatoscópicos globais para nevos melanocíticos

Padrão reticular

O padrão reticular é o padrão global mais comum em lesões melanocíticas. É caracterizado por uma rede pigmentar que cobre a maior parte de uma lesão. A rede pigmentar aparece como uma grade de segmentos alinhados (semelhantes a uma colmeia) em diferentes tonalidades de preto, marrom ou cinza. As modificações da rede pigmentar variam de acordo de acordo com as mudanças no comportamento biológico das lesões cutâneas melanocíticas, portanto, essas variações merecem atenção especial.

Padrão globular

Estruturas marrons de tamanhos variados, redondas a ovais, preenchem as referidas lesões melanocíticas. Este padrão pode ser encontrado em nevos melanocíticos congênitos e adquiridos e de Clark (displásicos).

Padrão homogêneo

Este padrão é caracterizado por uma cor sem estrutura, uniforme e difusa, que preenche a maior parte da lesão. As cores incluem preto, marrom, cinza, azul, branco ou vermelho. Uma cor predominantemente azulada é a marca morfológica do nevo azul.

Padrão estelar (*starburst*, "explosão de estrelas")

O padrão estelar é caracterizado pela presença de estrias pigmentadas e/ou pontos e glóbulos em um arranjo radial na periferia de uma lesão melanocítica. Este padrão é o estereótipo morfológico dos nevos de Spitz.

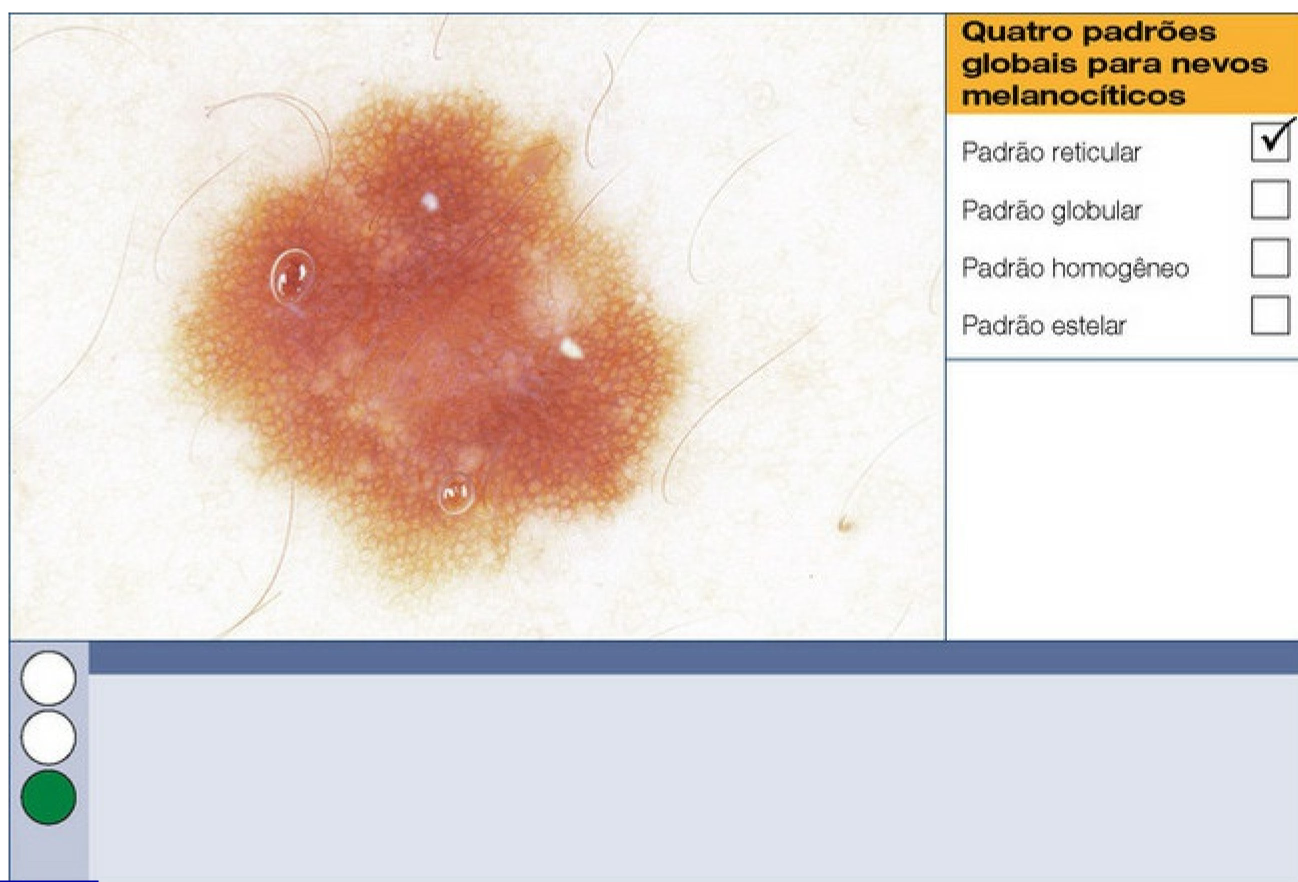


Figura 61 Nevo

O tipo reticular é provavelmente a característica dermatoscópica mais comum de um nevo melanocítico adquirido plano. É caracterizado por uma rede pigmentar típica que clareia na periferia. Também há algumas pequenas ilhas de hipopigmentação – um achado comum nos nevos benignos. A distinção histopatológica entre um nevo juncional e um nevo composto é comumente dada, mas a diferenciação não pode ser sempre feita dermatoscopicamente. Além disso, é clinicamente irrelevante.



Figura 62 Nevo

Aqui há outro exemplo de morfologia observada com tipo reticular de nevo banal. A qualidade da rede pigmentar típica demonstra linhas mais escuras e mais espessas. A natureza benigna desta lesão é enfatizada pelo clareamento na periferia da rede pigmentar.

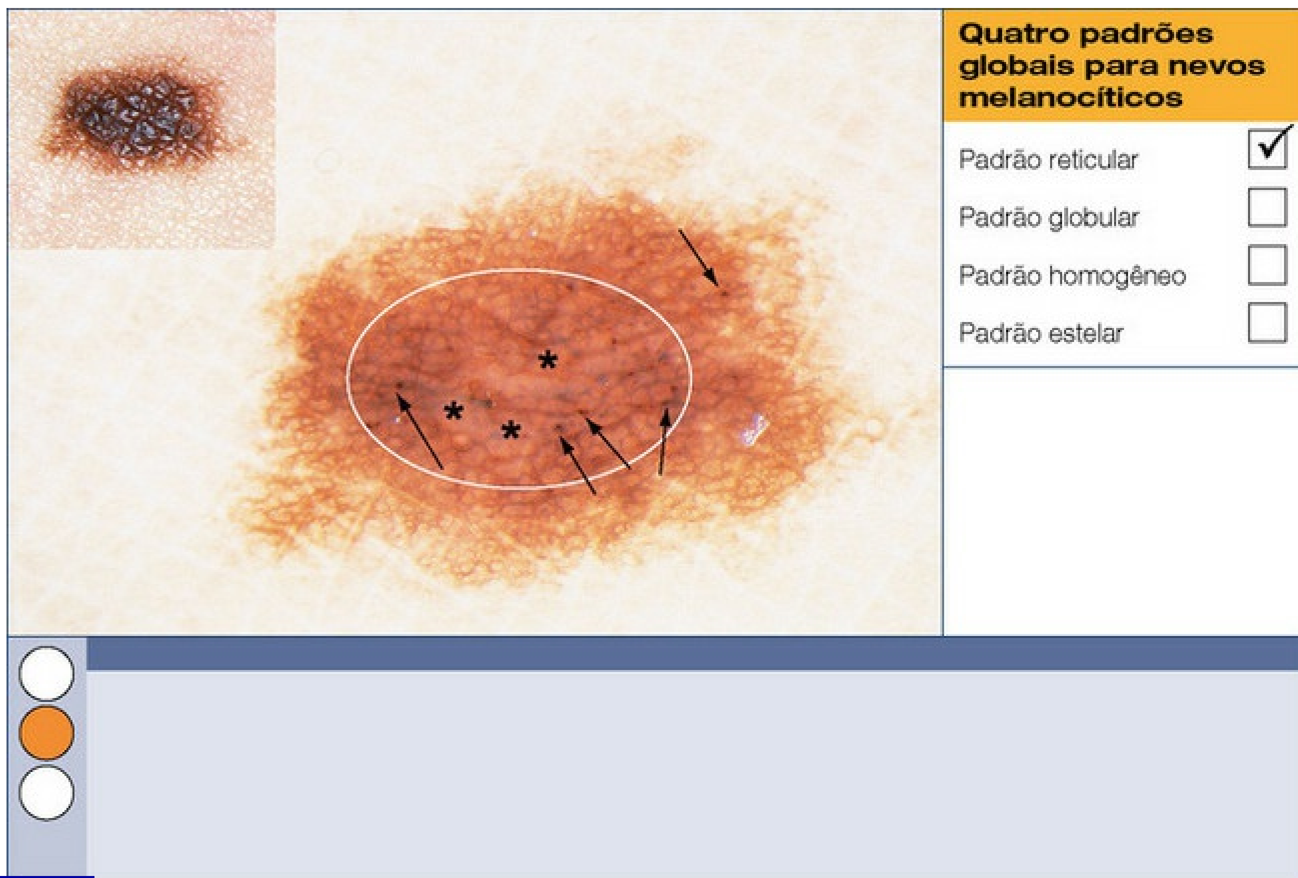


Figura 63 Nevo

Esta é uma lesão do tipo reticular com alguns pontos. No centro da lesão, as linhas da rede pigmentar são ligeiramente mais espessas e mais fortemente pigmentadas (círculo). Além disso, há alguns pontos pretos-amarronzados (setas) e uma pequena estrutura azul-esbranquiçada (asteriscos). Novamente, observe o clareamento da rede pigmentar ao longo de toda a periferia da lesão representando um indício importante de que esta é uma lesão melanocítica benigna. Isto também pode ser chamado de nevo de Clark, displásico ou atípico; não é um melanoma.

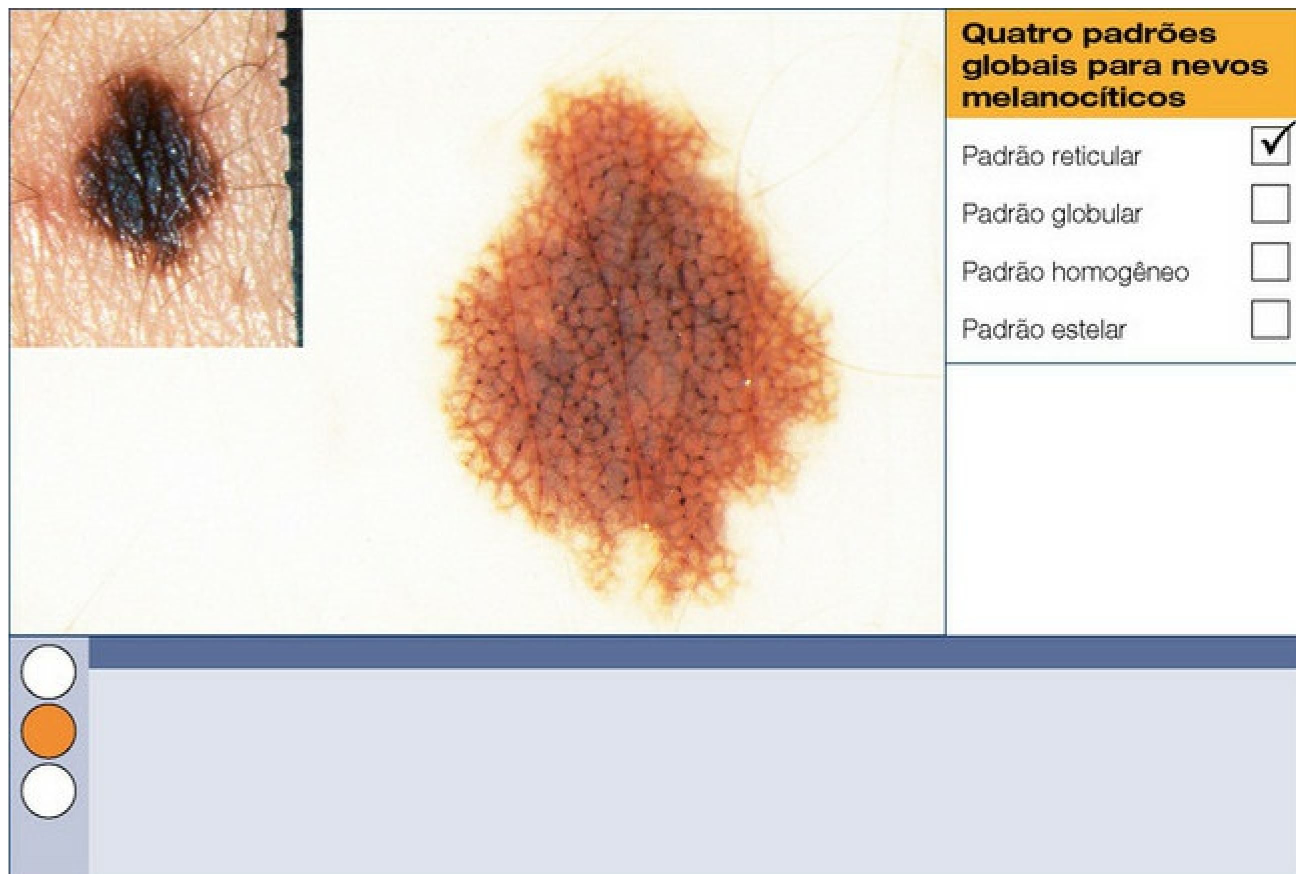


Figura 64 Nevo

Esta lesão é caracterizada por uma rede pigmentar típica e inúmeros pontos, que estão situados nos pontos de cruzamento das linhas da rede. Ao fundo, estruturas difusas azul-esbranquiçadas podem ser observadas cobrindo a maior parte da lesão. Em nível histopatológico, as estruturas difusas azul-esbranquiçadas representam um infiltrado denso de melanófagos na derme papilar. A diferenciação entre um nevo juncional e um composto não é possível dermatoscopicamente.

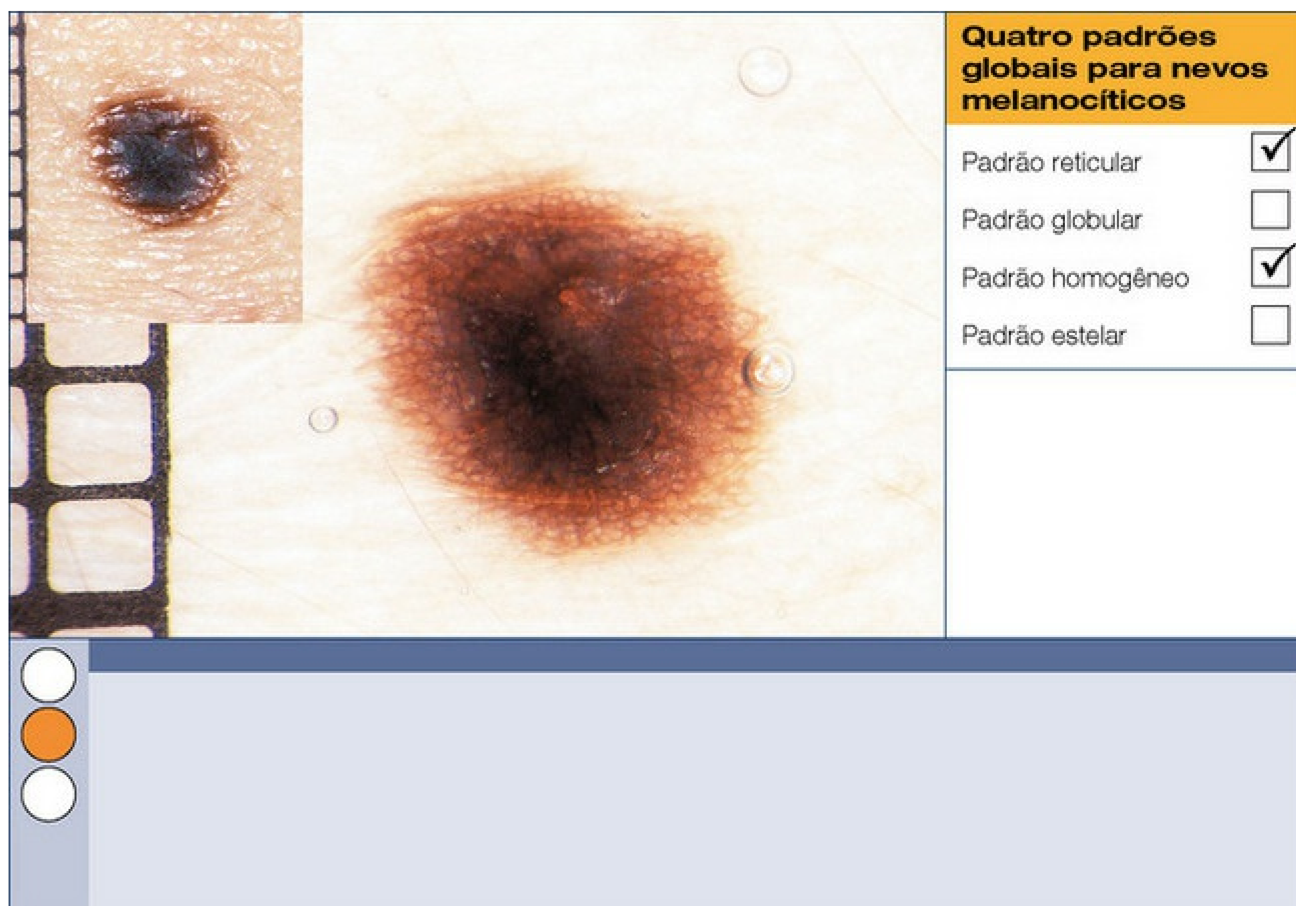


Figura 65 Nevo

Um padrão reticular e homogêneo, como o observado aqui, pode ser visto em um nevo banal. No centro, há pigmentação negra homogênea (lamela negra) e, na periferia, verifica-se uma distribuição anular de uma rede pigmentar típica. Novamente, a rede pigmentar clareia na periferia – um sinal de natureza benigna. Se fosse uma lesão solitária, melanoma *in situ* seria o diagnóstico diferencial. A maior parte das pessoas com esse aspecto dermatoscópico apresenta vários nevos de aparência semelhante, o que favorece a patologia de baixo risco. A técnica de *tape stripping* (fita adesiva) pode retirar a lamela negra e possibilita que se observe se há qualquer estrutura típica ou atípica subjacente.

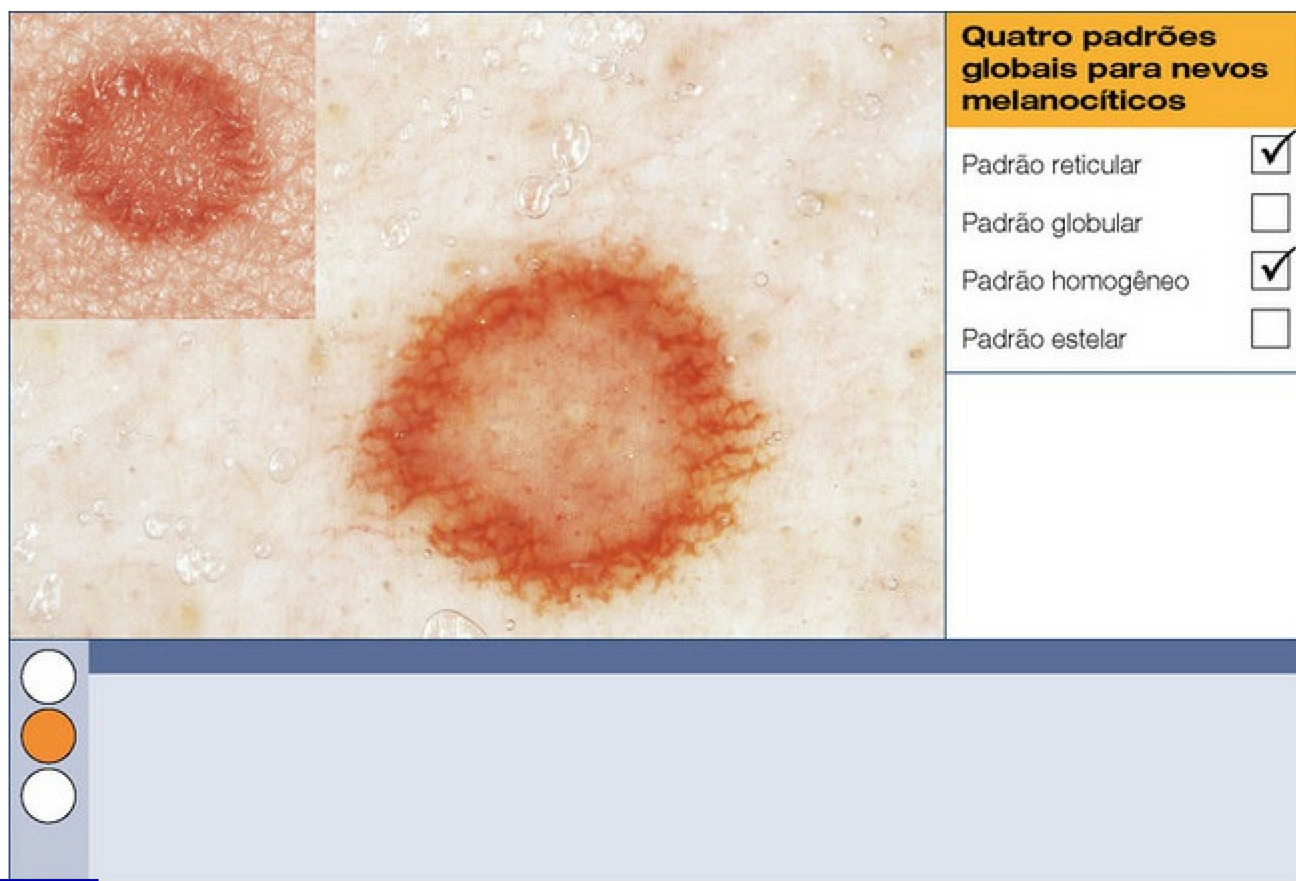


Figura 66 Nevo

O tipo incomum de padrão reticular-homogêneo observado aqui é mais frequentemente encontrado em pacientes pediátricos mais jovens. No centro da lesão, há hipopigmentação homogênea (não confundir com cor de regressão branca-óssea-leitosa) circundada por uma borda pequena de rede pigmentar. As linhas da rede pigmentar são espessadas, e as malhas são ligeiramente irregulares. A arquitetura geral da rede, no entanto, é simétrica e regular.



Figura 67 Nevo

Observa-se aqui um padrão reticular estereotípico. A rede pigmentar é típica, mas distribuída irregularmente e desaparece na periferia. Além disso, há áreas hipopigmentadas em toda a lesão (setas). Este nevo não revela critérios usados para diagnosticar melanoma (critérios específicos do melanoma). Em virtude da distribuição irregular da rede pigmentar e das variações nas tonalidades de marrom, o dermoscopista iniciante deve considerar excisão ou acompanhamento dermatoscópico e clínico rigoroso.



Figura 68 Nevo

O padrão reticular (“remendado”) mostrado aqui está associado à distribuição irregular de uma rede pigmentar típica. A intensidade de pigmentação das linhas alterna, conferindo a esta rede pigmentar um aspecto “remendado” (*patchy*) semelhante ao da Figura 67. O princípio geral a ser lembrado é que qualquer modificação de critérios de aparência relativamente regular consiste em uma causa menor de preocupação.

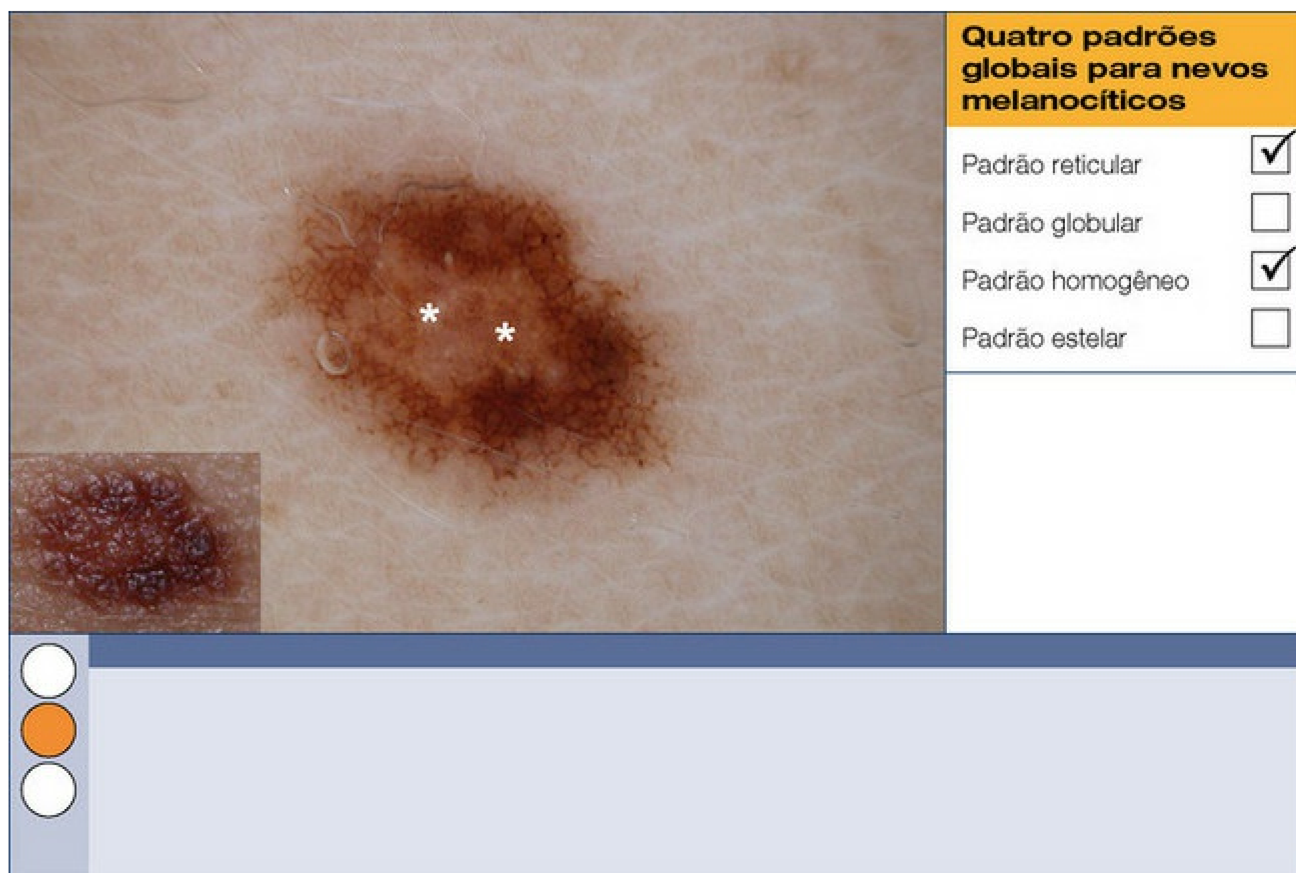


Figura 69 Nevo

Este nevo mostra uma variação da morfologia de padrão reticular. Observe a zona de hipopigmentação homogênea (asteriscos) no centro. Esta não é uma área de regressão que seria observada em melanoma. Não é de cor branco-óssea-leitosa.



Figura 70 Nevo

Este quadro dermatoscópico é muito preocupante. O padrão reticular com hiperpigmentação excêntrica dermatoscopicamente simula o melanoma *in situ* que surge em um nevo preexistente. A metade superior direita desta lesão é caracterizada por uma rede pigmentar ligeiramente atípica (setas). No lado inferior esquerdo, há uma área de hipopigmentação homogênea com poucos focos de pigmentação delicada comumente observada em nevos benignos. Não hesite em retirar uma lesão que tenha esse aspecto o mais rápido possível. O diagnóstico histopatológico final é melanoma *in situ* dentro de um nevo preexistente em 10% das lesões de aspecto semelhante. Neste caso, o diagnóstico foi nevo de Clark (displásico), tipo composto.



Figura 71 Nevo

Este é um nevo combinado bastante incomum, com nevo globular em forma de abóbada no lado inferior esquerdo e uma variação do tema de nevo reticular plano no lado superior direito. Esta lesão deve, sem dúvida, ser retirada, porque o diagnóstico diferencial representa um melanoma nodular hipomelanótico que surge dentro de um melanoma superficial ou um nevo displásico (de Clark) preexistente. Entretanto, comprovou-se que esta lesão era um nevo displásico (de Clark) adjacente a um nevo dérmico benigno.



Figura 72 Nevo

Este padrão predominantemente reticular com alguns glóbulos pequenos centralmente é observado, em geral, nos nevos benignos. O aspecto incomum desta lesão é a projeção semelhante a um dedo na posição de 2 horas (setas), caracterizada por uma rede pigmentar fragmentada entremeada por alguns glóbulos. Esta lesão foi retirada e histopatologicamente diagnosticada como nevo displásico (de Clark), tipo composto.

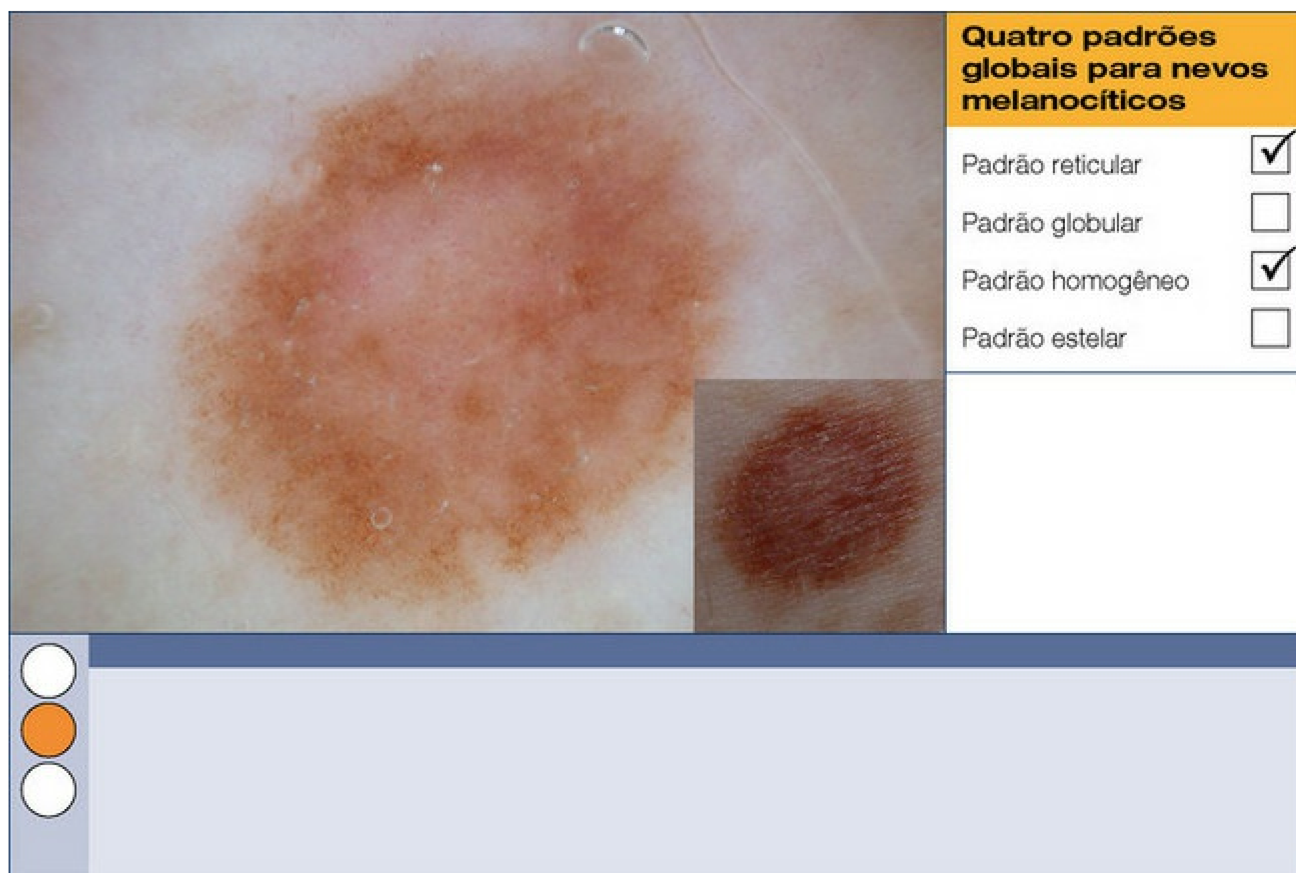


Figura 73 Nevo

Esta lesão marrom-clara revela uma área homogênea hipopigmentada central circundada por rede pigmentar sutil, não muito pronunciada, em forma de anel. O aspecto incomum desta lesão é sua cor rosada, e na ausência de qualquer história de crescimento, acompanhamento anual é a abordagem de tratamento que escolhemos para esse paciente.



Figura 74 Nevo

Esta lesão pode ser considerada um exemplo típico de proliferação melanocítica reticular. Há uma zona central de hiperpigmentação. A rede pigmentar tem qualidades bem regulares em toda a lesão. Entretanto, ela não afina satisfatoriamente ao longo da periferia como comumente observado nos nevos reticulares. Em razão deste achado dermatoscópico e da pigmentação forte, esta é uma lesão potencialmente de alto risco. Em nível histopatológico, ela foi diagnosticada como um tipo juncional de nevo displásico (de Clark). Os dermoscopistas iniciantes não devem hesitar em retirar lesões com esses aspectos.



Figura 75 Nevo

Este é outro exemplo de um nevo reticular-homogêneo com padrão reticular anular na periferia e área hipopigmentada homogênea central grande. A cor da área hipopigmentada não é branco-óssea como observado no melanoma em regressão e, tendo em vista a simetria geral desta lesão, acompanhamento anual pode ser aconselhado com segurança pelo dermoscopista iniciante.



Figura 76 Nevo

Esta lesão tem padrão reticular uniforme, com apenas um foco delicado de hiperpigmentação paracentral (círculo). A rede pigmentar é típica e clareia ligeiramente na periferia. O formato geral da lesão, no entanto, é um pouco assimétrico, e lesões como esta devem ser sempre acompanhadas.

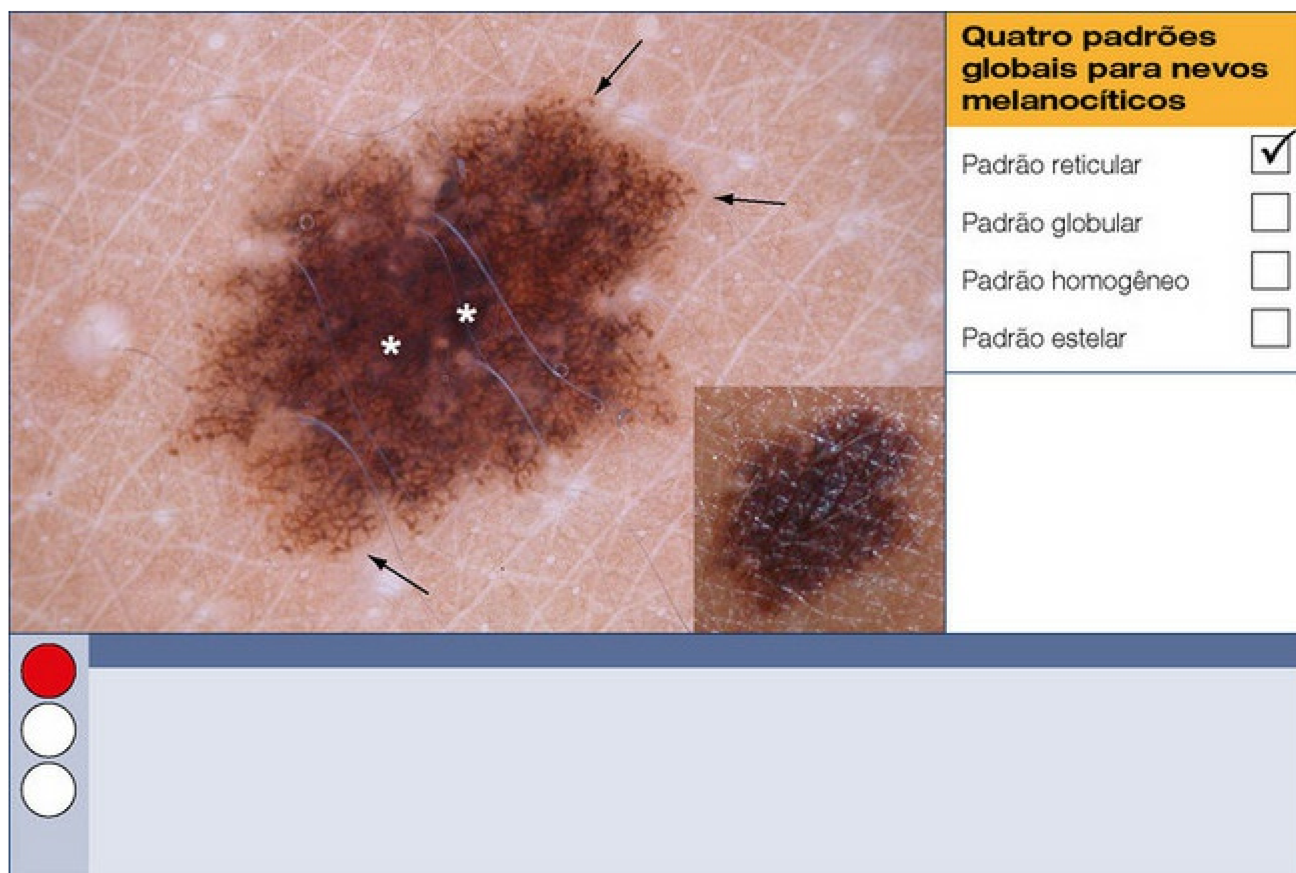


Figura 77 Nevo

Este é outro exemplo de variação da morfologia com padrão reticular. Ao contrário da Figura 76, a rede pigmentar aqui é, em sua maior parte, atípica, com tendência a parar abruptamente na periferia (setas). As áreas centrais hiperpigmentadas (asteriscos) também são observadas. Este nevo displásico (de Clark) simula melanoma *in situ* e deve ser retirado.

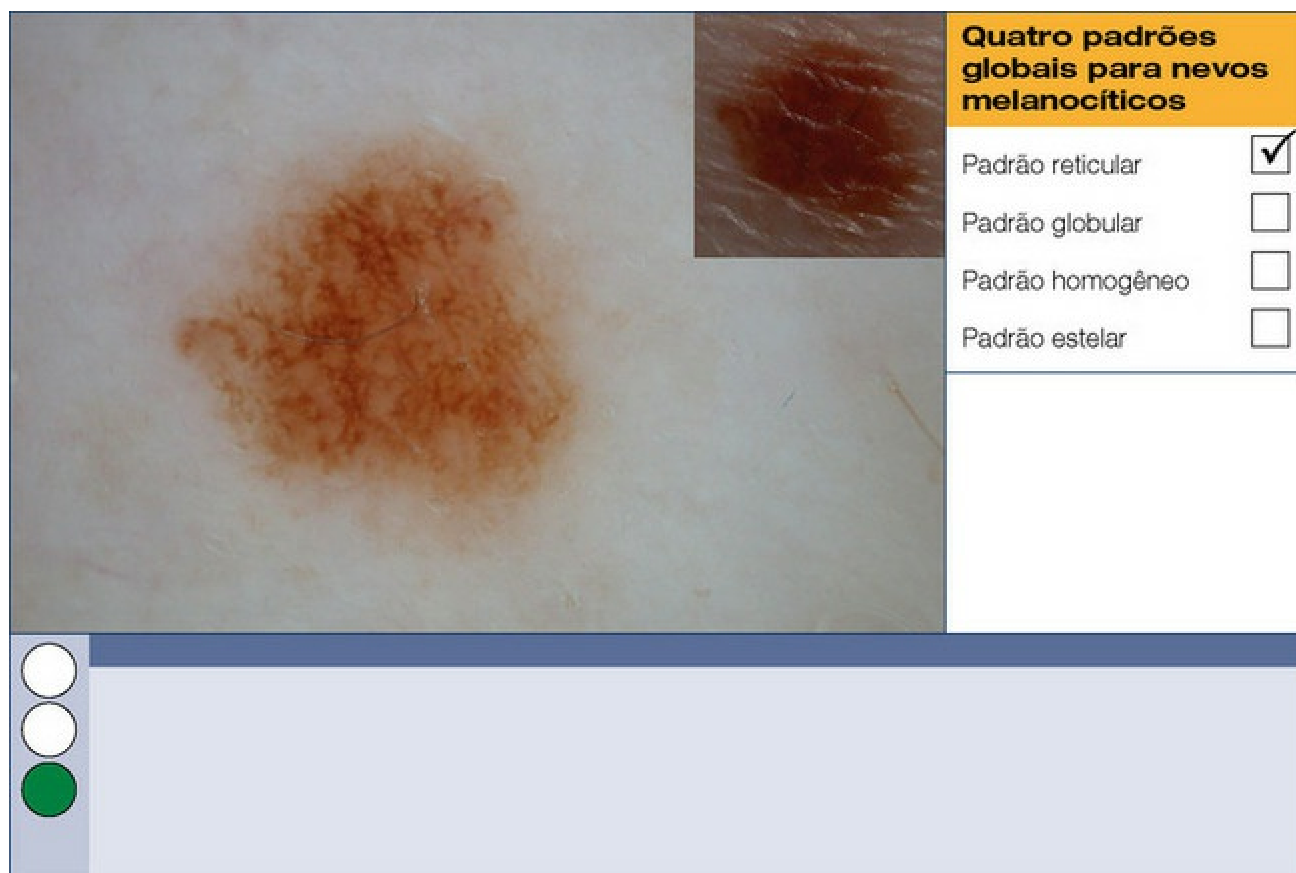


Figura 78 Nevo

Este é um tipo predominantemente reticular de nevo com uma rede pigmentar que clareia satisfatoriamente na periferia. Em nossa opinião, este é o tipo mais comum de nevo benigno em homens. Ainda assim, como regra, recomendamos acompanhamento anual e automonitoramento de nevos reticulares.

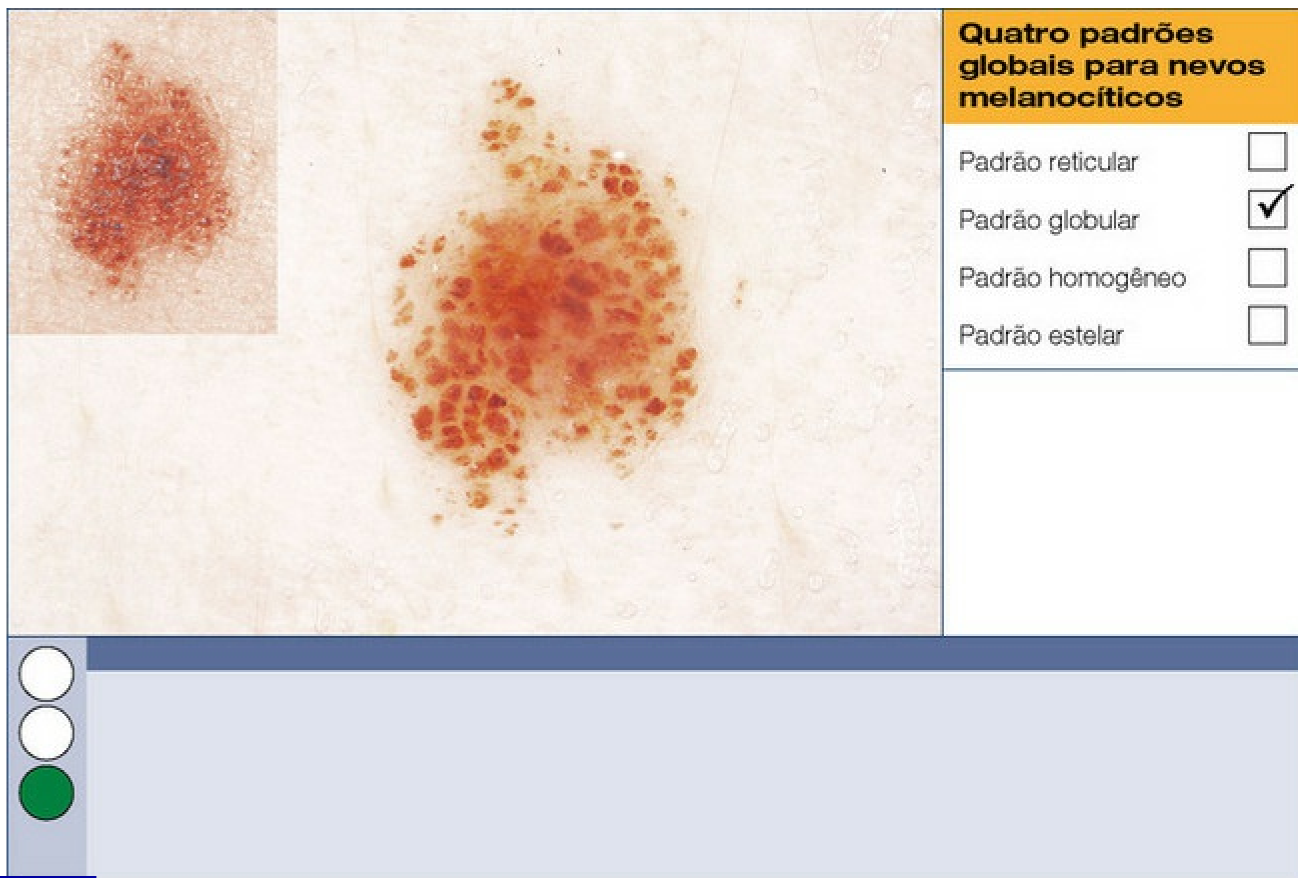


Figura 79 Nevo

Aqui temos um padrão globular estereotípico de nevo benigno. Existem inúmeros pontos e glóbulos de formato semelhante e tamanhos variados em toda a lesão. Não se observam critérios dermatoscópicos específicos de melanoma. Este padrão é mais comumente observado em adolescentes, mas também pode ser encontrado em adultos. A histopatologia poderia mostrar um nevo juncional ou composto.

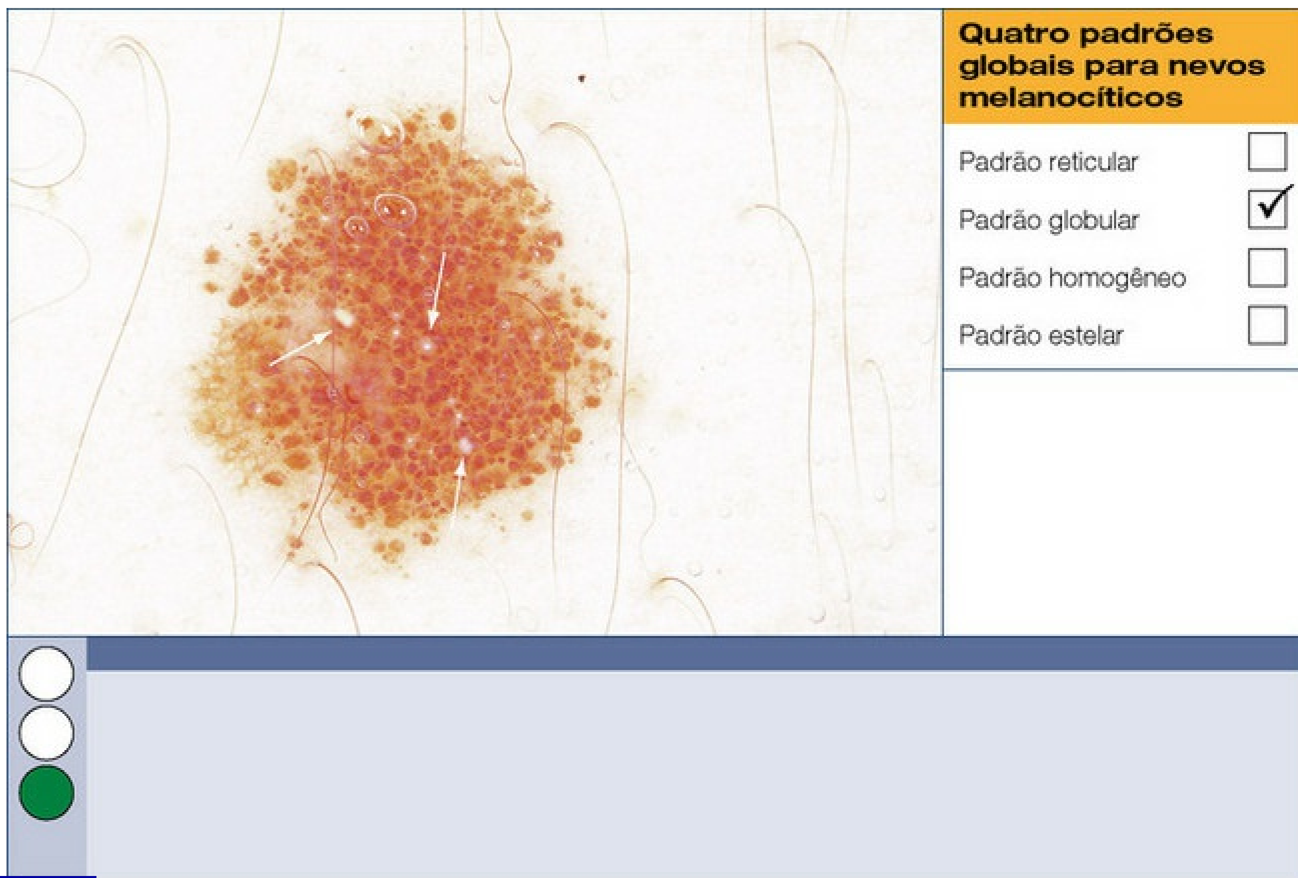


Figura 80 Nevo

Aqui temos uma das muitas variações da morfologia observada no padrão globular. O aspecto mais relevante dessa lesão é a distribuição uniforme de pontos e glóbulos de aparência semelhante densamente agrupados. Além disso, há alguns cistos semelhantes a *milium* no centro da lesão (setas). Os cistos semelhantes a *milium* não são observados apenas na ceratose seborreica.

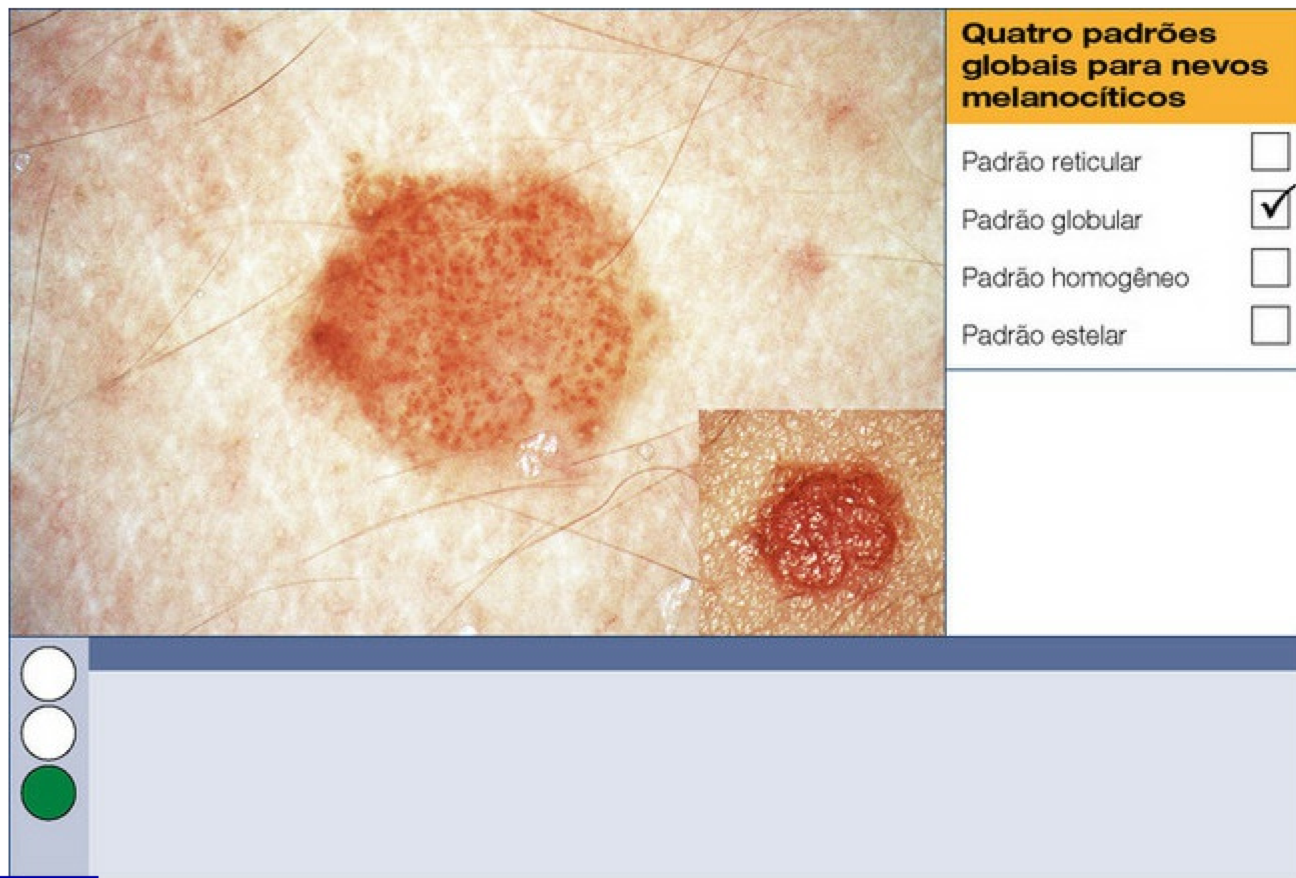


Figura 81 Nevo

Este padrão globular mostra pontos e glóbulos que não estão densamente agrupados, são semelhantes em tamanho e formato e apresentam uma distribuição ligeiramente irregular. Não se observam critérios específicos de melanoma nesta lesão banal.



Figura 82 Nevo

A maior parte desta lesão é caracterizada por pigmentação homogênea marrom-clara e pontos e glóbulos sutis (setas).

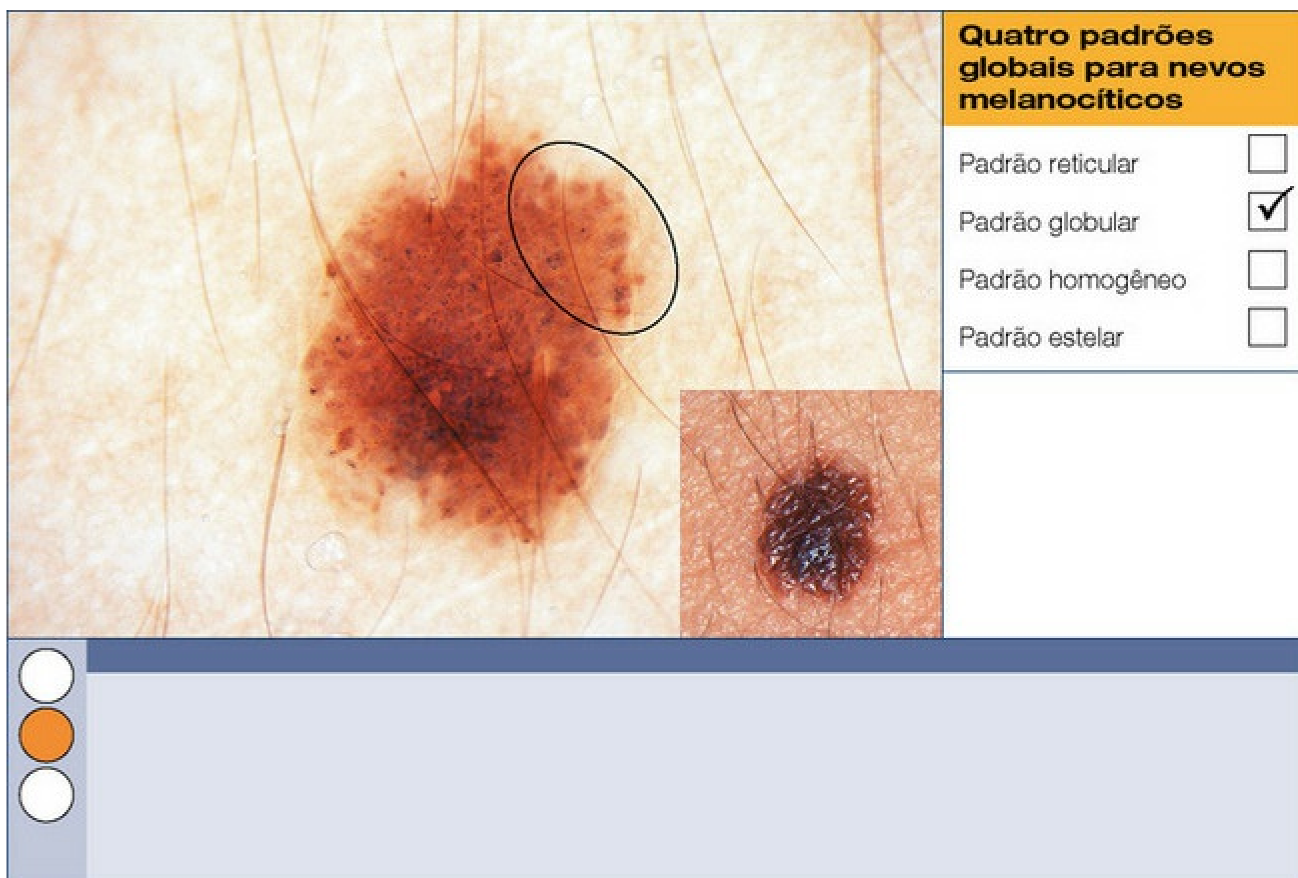


Figura 83 Nevo

Esta imagem mostra uma variação mais preocupante do padrão globular. Inúmeros pontos e glóbulos são distribuídos irregularmente através da lesão (círculo) e variam em tamanho e formato.

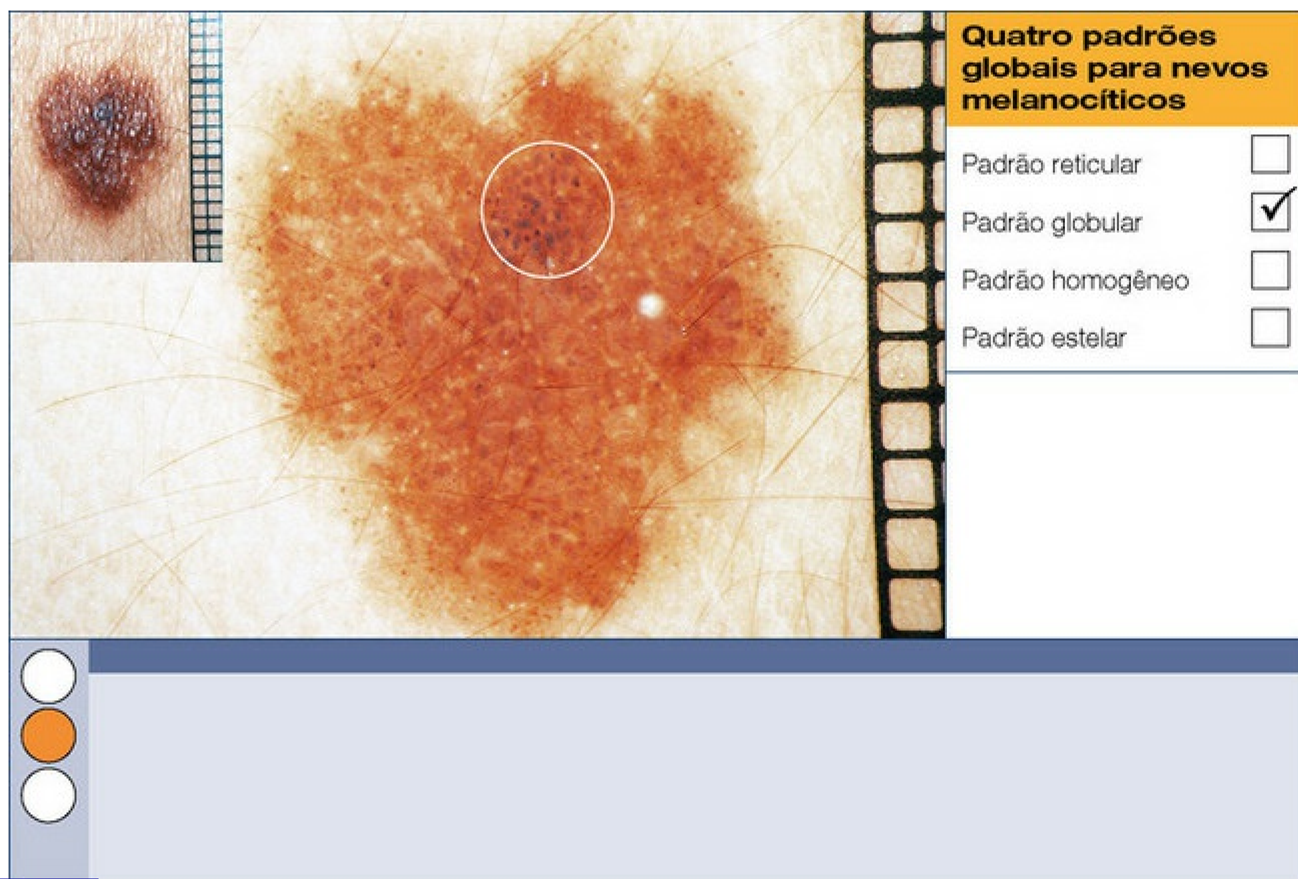


Figura 84 Nevo

Aqui temos outro tipo globular de nevo. Inúmeros pontos e glóbulos marrom-claros a azul-acinzentados, que têm tamanho e formato semelhantes, são distribuídos regularmente em toda a lesão. A única área preocupante é um acúmulo de cerca de 15 a 20 glóbulos de cor cinza (círculo), que justificou a excisão deste tipo composto de nevo de Clark (displásico). Estude cuidadosamente as lesões para procurar critérios sutis, ainda que potencialmente de alto risco.

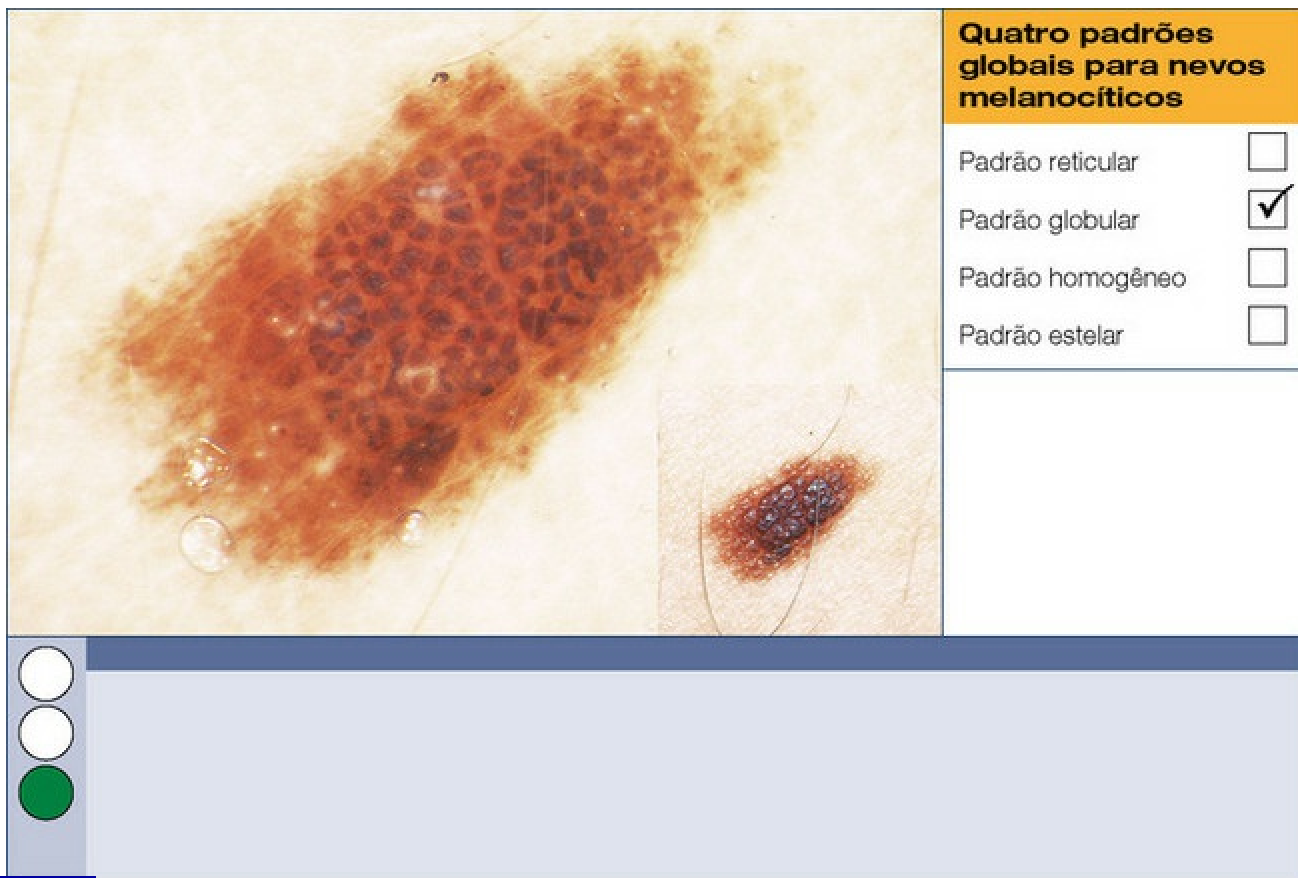


Figura 85 Nevo

Este é outro exemplo estereotípico de padrão globular do nevo, no qual os glóbulos são muito fáceis de visualizar. No centro desta lesão, inúmeros pontos e glóbulos marrom-escuros com formato retangular (semelhantes a pedra de calçamento) estão presentes e são circundados por uma borda de pigmentação marrom. Dermatoscopicamente, esta lesão dá a impressão de um caráter papilomatoso ou elevado. O exame histopatológico revelou um nevo composto.

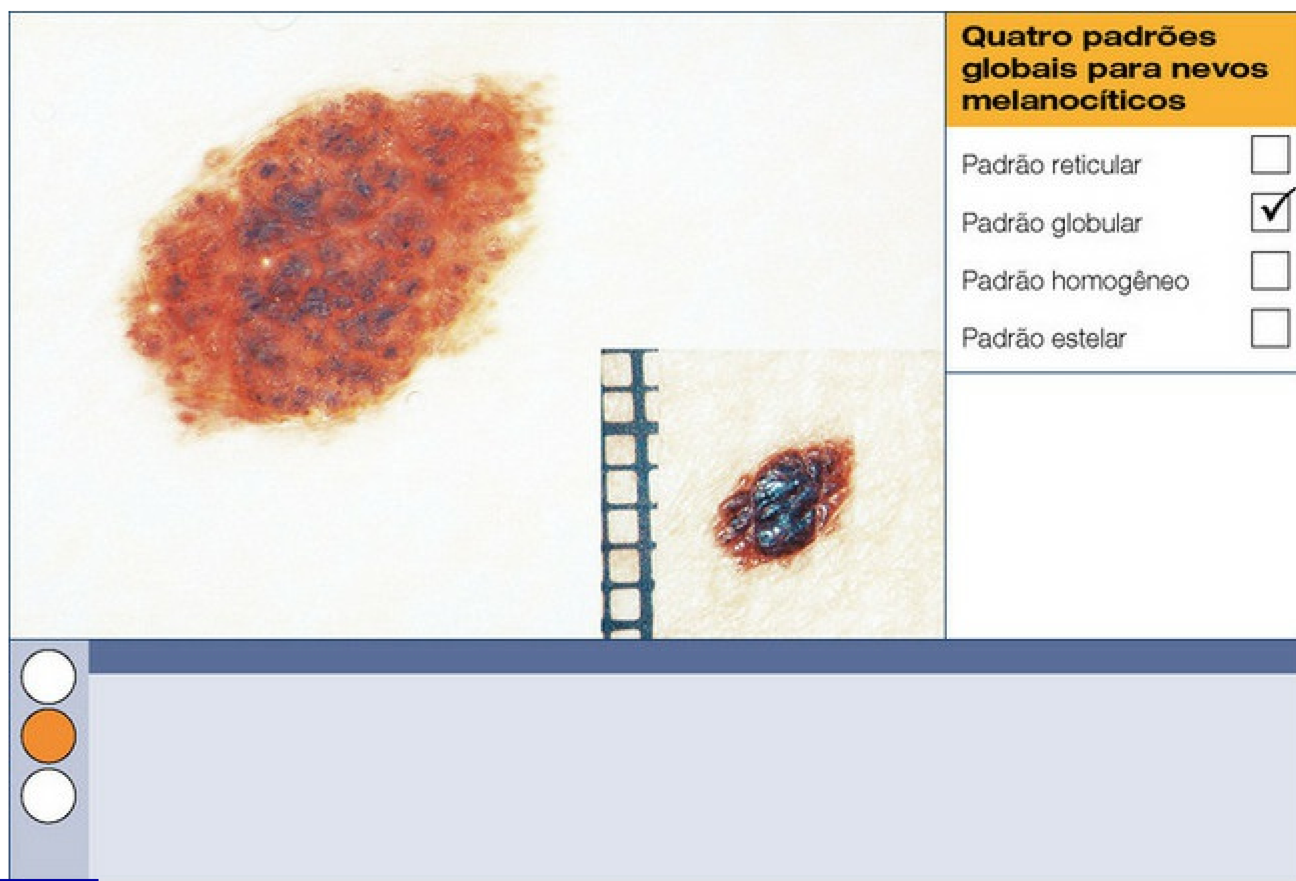


Figura 86 Nevo

O padrão globular observado aqui é semelhante ao da Figura 85, embora os glóbulos não sejam de fácil visualização. A lesão é composta por pontos e glóbulos de cor cinza densamente agrupados. Não se observam outros critérios dermatoscópicos. A variação da cor pode alarmar o dermoscopista inexperiente. Lembre-se: na dúvida, excise. Este era um nevo benigno. Após observar e retirar algumas lesões com esse aspecto dermatoscópico, o dermoscopista ficará em posição mais confortável quanto à não excisão de lesões semelhantes.



Figura 87 Nevo

Esta lesão apresenta novamente um padrão globular. Ela contém inúmeros glóbulos marrons a cinza, que estão uniformemente distribuídos em toda a lesão. Os glóbulos de cor cinza estão situados predominantemente no centro da lesão e correspondem a ninhos de células de nevo pigmentado na derme papilar. Notavelmente, os nevos globulares representam o subtipo de nevo estereotípico entre crianças e adolescentes.



Figura 88 Nevo

É interessante observar as muitas variações diferentes sobre o tema nevos globulares. Nas páginas anteriores, observamos muito poucos nevos globulares benignos, mas todos são morfologicamente diferentes e exclusivos. O aspecto surpreendente deste nevo globular uniformemente pigmentado é sua pigmentação marrom-escura. Ficamos satisfeitos em acompanhar este nevo e recomendar automonitoramento.



Figura 89 Nevo

Este nevo globular acende, pelo menos, o sinal laranja porque os glóbulos que compõem esta lesão variam em tamanho, formato e cor, estando também distribuídos de maneira ligeiramente irregular em toda a lesão. Pelo fato de haver também uma preocupação por parte do paciente quanto a esta lesão, realizou-se uma biopsia tangencial profunda. O diagnóstico histopatológico final foi um tipo composto de nevo displásico de (Clark).



Figura 90 Nevo

Inúmeros pontos e glóbulos amarronzados de tamanho irregular são observados em toda esta lesão. Embora seja muito pequena, a assimetria dermatoscópica é notável. A cor rosada é um indício importante de que esta poderia ser uma lesão de alto risco. Tendo em vista o seu aspecto de alto risco, uma lesão como esta justifica uma segunda opinião histopatológica se for considerada um nevo benigno como foi o caso aqui.



Figura 91 Nevo

É necessário olhar cuidadosamente para reconhecer que este nevo fortemente pigmentado revela um padrão globular e, não, um padrão homogêneo em sua parte central. O anel periférico mais claro exibe um padrão reminiscente de glóbulos e linhas reticuladas que nos apontam que, na morfologia, sempre há uma sobreposição de características. Estávamos seguros de que esta lesão era uma variação do tema de um nevo globular benigno e recomendamos acompanhamento anual e automonitoramento.

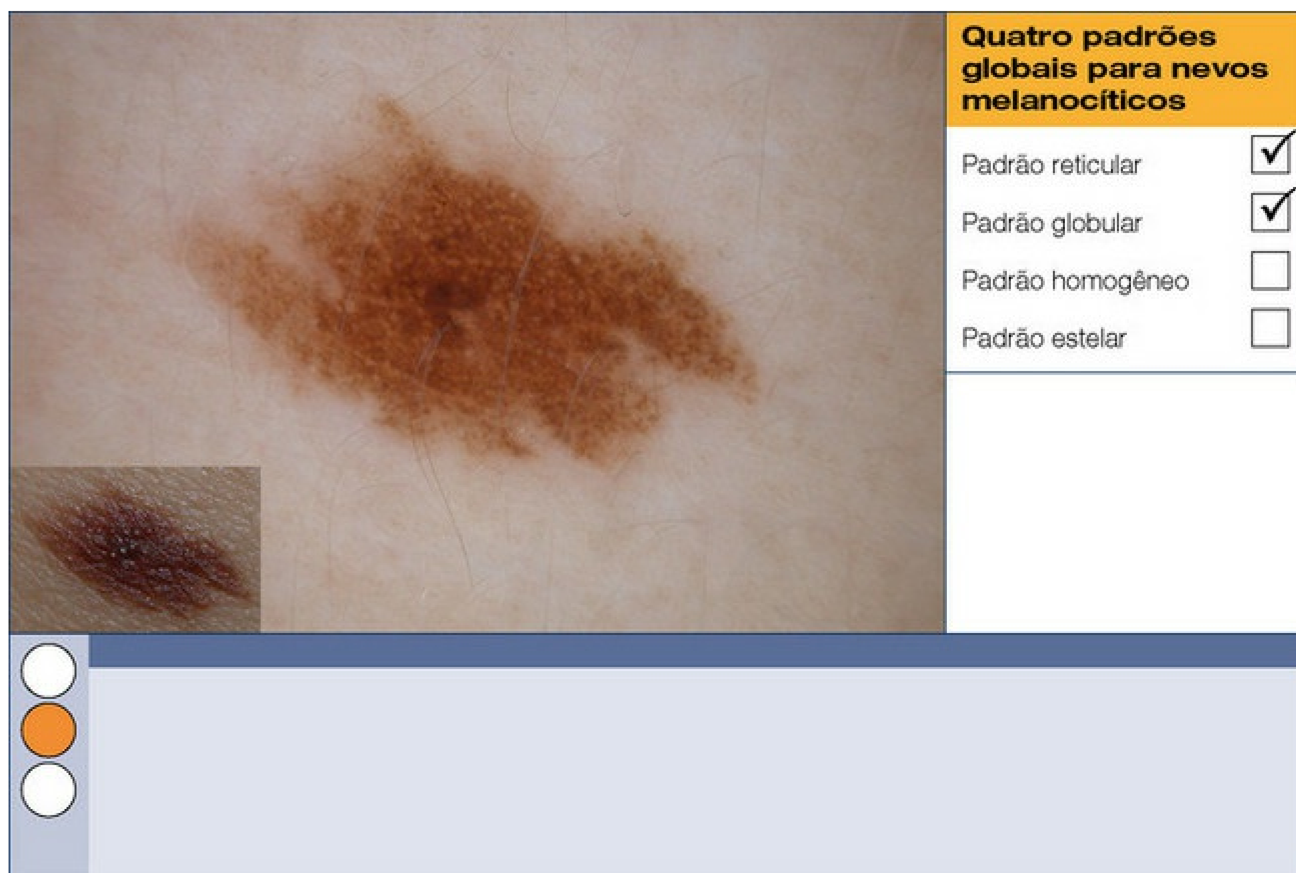


Figura 92 Nevo

Em alguns casos, a distinção entre um nevo globular e um reticular não é fácil, como evidenciado por esta lesão irregularmente delineada. Nas partes centrais, prevalece uma rede pigmentar caracterizada por linhas espessadas e pequenos orifícios, enquanto em direção à periferia, um padrão mais globular torna-se evidente. Embora estejamos acendendo o sinal laranja aqui, acreditamos que esta lesão exija apenas acompanhamento.

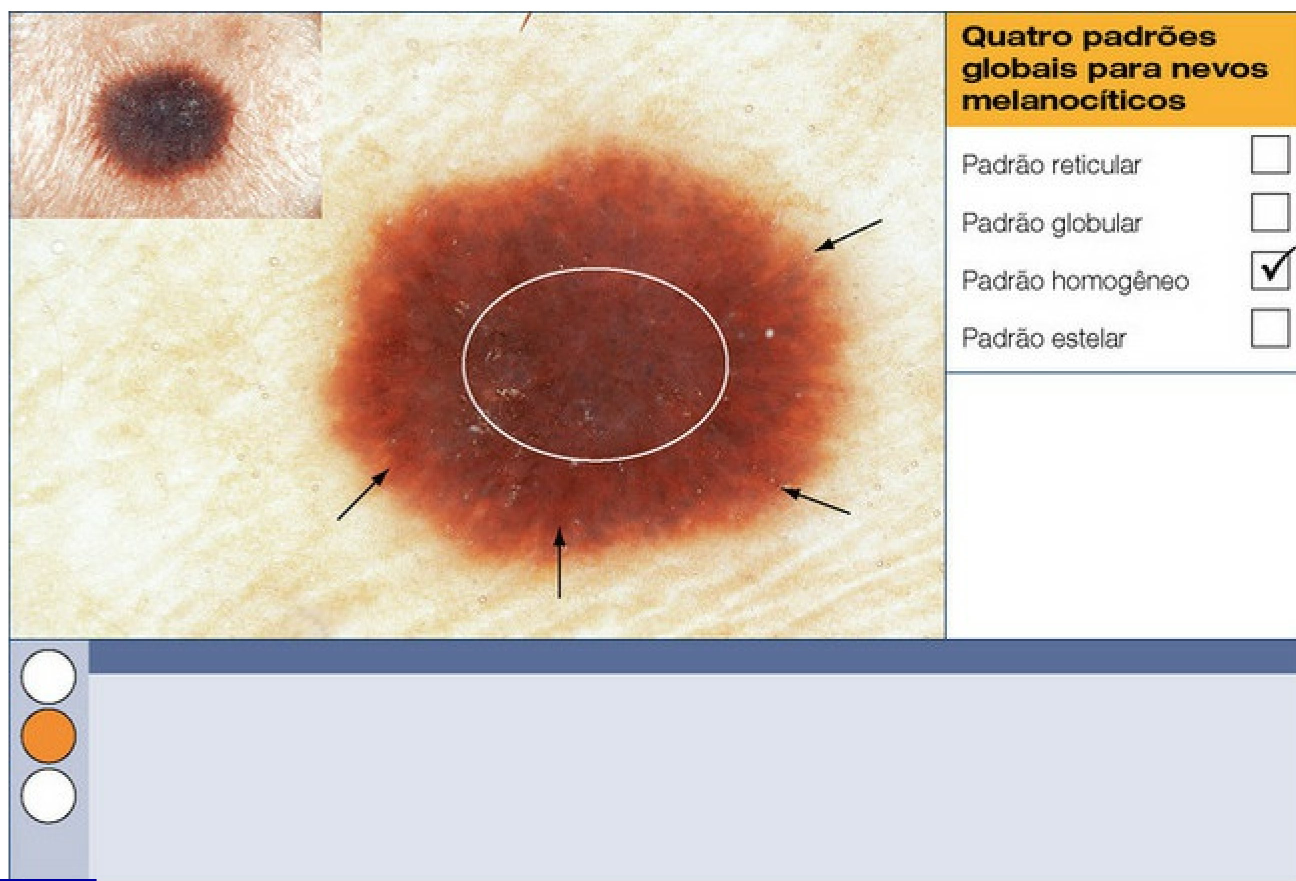


Figura 93 Nevo

Esta lesão é caracterizada por pigmentação homogênea difusa. Há uma borda sutil de segmentos lineares radialmente orientados na periferia, que representam estrias (setas) e estruturas azul-esbranquiçadas no centro (círculo). O diagnóstico diferencial dermatoscópico inclui nevo de Clark (displásico) e nevo de Spitz.



Figura 94 Nevo

Excetuando as estruturas azul-esbranquiçadas e os pontos fracos na parte central (círculo), esta lesão exibe um padrão reticular sutil bastante uniforme, o que nos faz sentir bastante confortáveis em acompanhá-la. Todos nós estamos conscientes de que alguns colegas iriam preferir retirar uma lesão como esta por desencargo de consciência. Além disso, a imagem clínica tranquiliza-nos de que estamos lidando com um nevo.



Figura 95 Nevo

Esta lesão é caracterizada por um padrão reticular-homogêneo. Observe o foco de rede pigmentar atípica (círculo). Além disso, a parte inferior esquerda da lesão exibe estruturas azul-esbranquiçadas e estes dois sinais são suficientes para justificar a excisão. No campo dos nevos displásicos (de Clark), é difícil determinar se uma lesão é dermatoscopicamente de baixo ou alto risco; portanto, aconselha-se o iniciante a retirar lesões de zona cinza como esta.



Figura 96 Nevo

Este é outro exemplo de um nevo globular benigno com glóbulos de tamanho, formato e coloração ligeiramente variáveis. Apesar do delineamento irregular desta lesão, recomenda-se apenas acompanhamento.

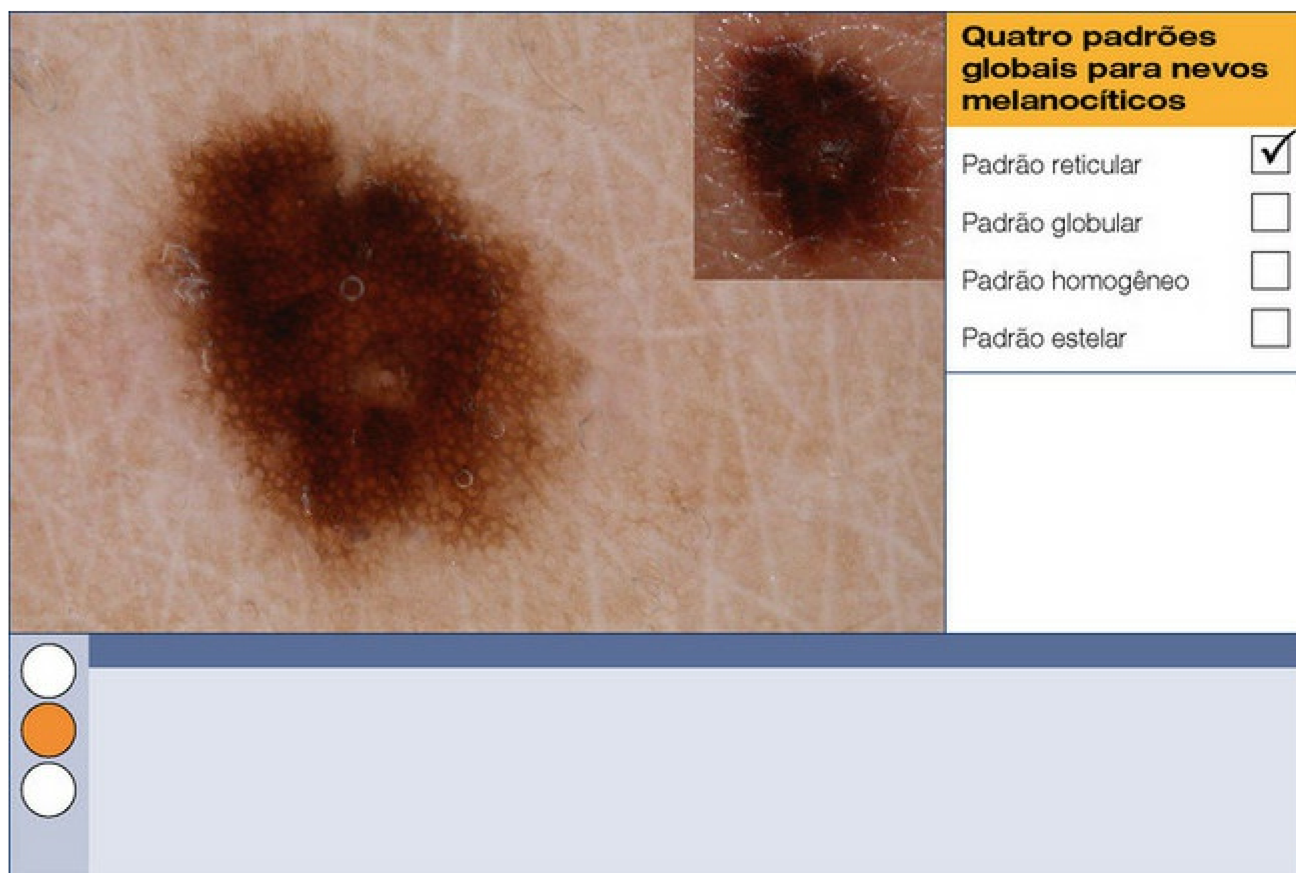


Figura 97 Nevo

Esta é uma variação muito comumente observada do tema de um tipo reticular de nevo. Estas lesões são frequentemente encontradas em adultos. Consideramos essa rede pigmentar como típica e uniformemente distribuída. Ela clareia particularmente na parte inferior direita da lesão. Sem qualquer história específica, ficamos satisfeitos com o acompanhamento deste nevo e, além disso, recomendamos automonitoramento.

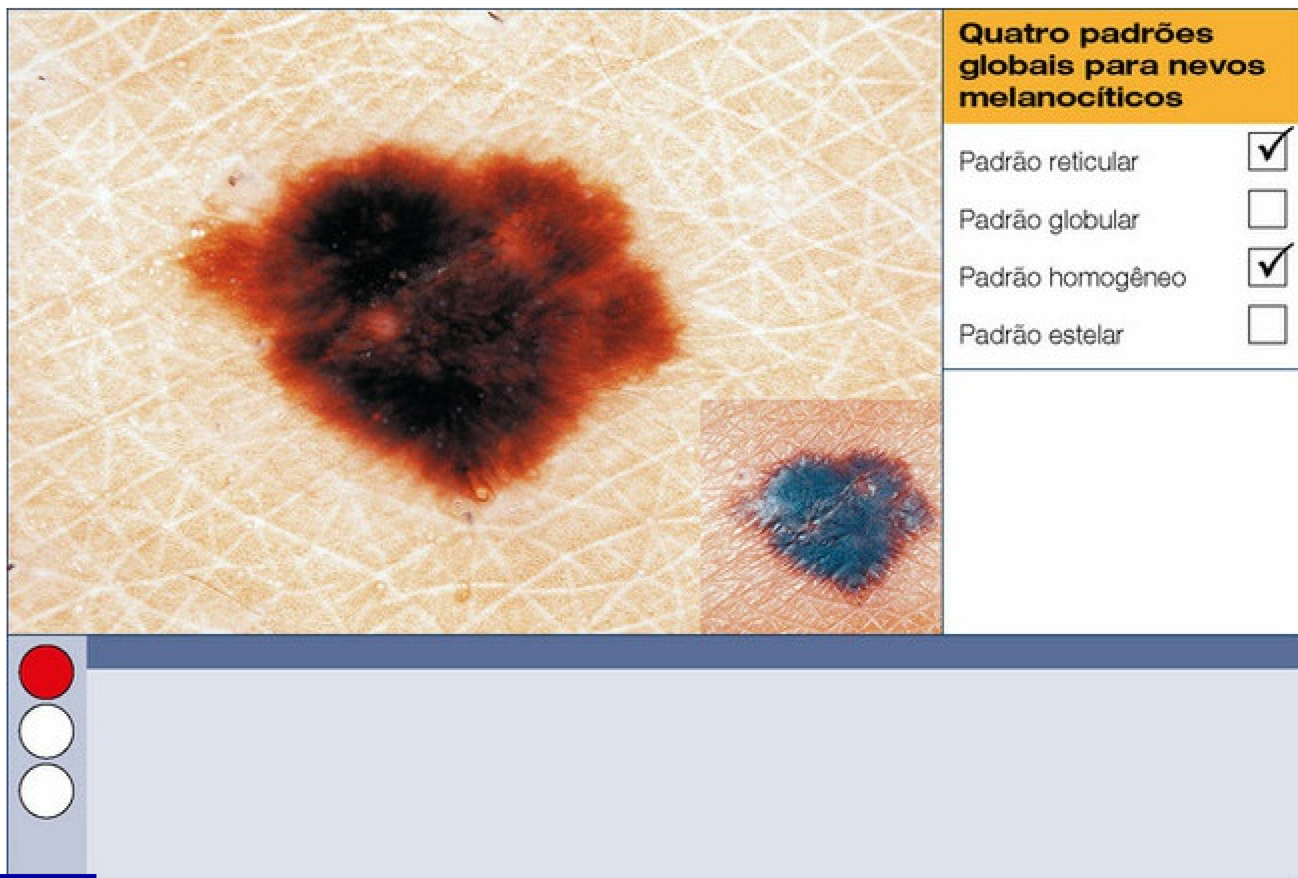


Figura 98 Nevo

Esta lesão é uma variação do tipo homogêneo-reticular de nevo reminiscente de um chamado nevo negro. Várias zonas homogêneas de jato negro são observadas na periferia. Use a técnica da *tape stripping* (fita adesiva) para esta lesão negra que mimetiza melanoma *in situ*.

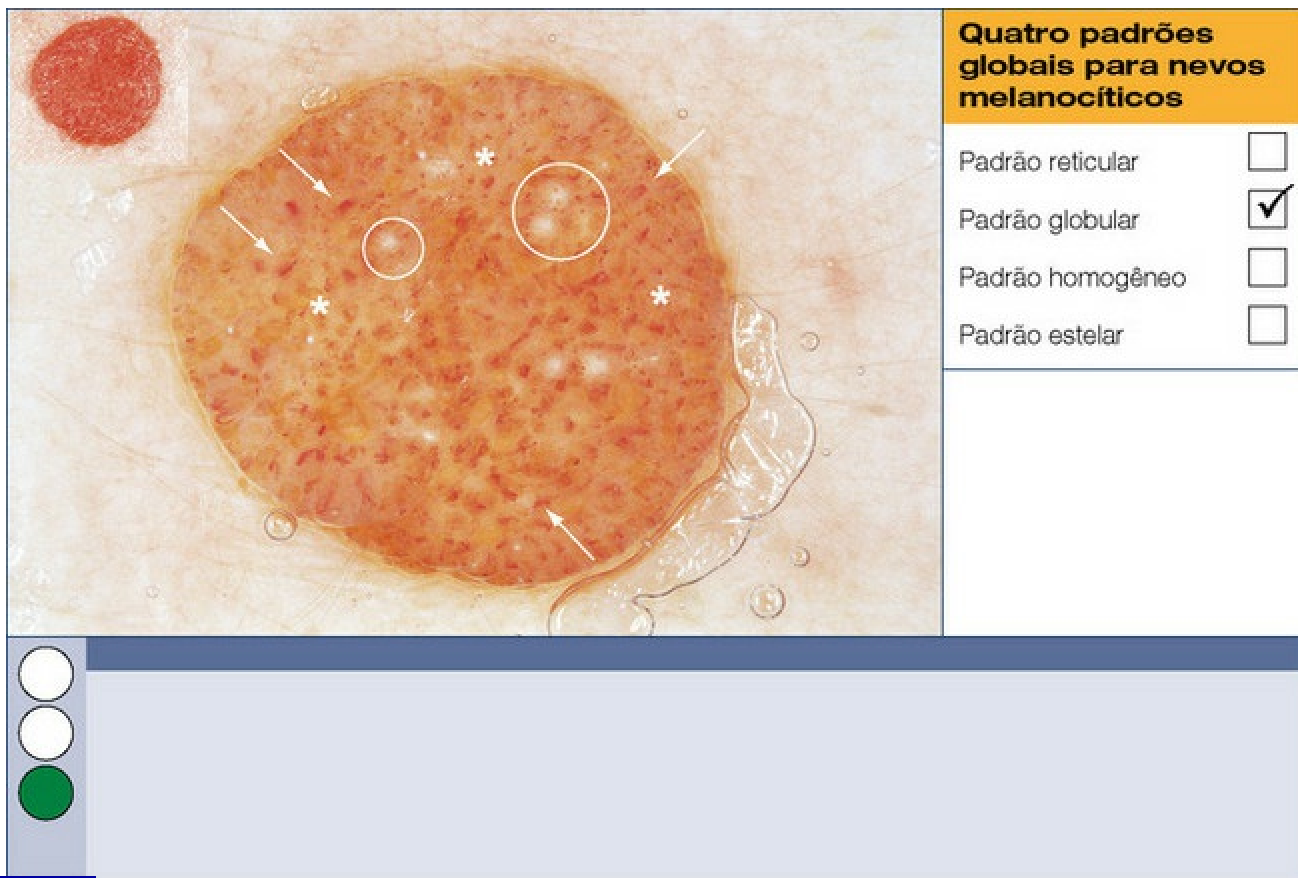


Figura 99 Nevo

Este é um nevo melanocítico em forma de abóbada que revela um padrão globular sutil com inúmeros pontos e glóbulos marrom-claros em toda a sua extensão. Vários vasos sanguíneos com aspecto pontilhado (asteriscos) e em forma de vírgula (setas) são observados. Também há alguns cistos semelhantes a *milium* (círculos), mas esta não é uma ceratose seborreica. Clinicamente, esta lesão poderia ser confundida com um carcinoma basocelular, mas os vasos em um carcinoma basocelular são espessos e ramificados (arborizados) e não haveria coloração amarela.

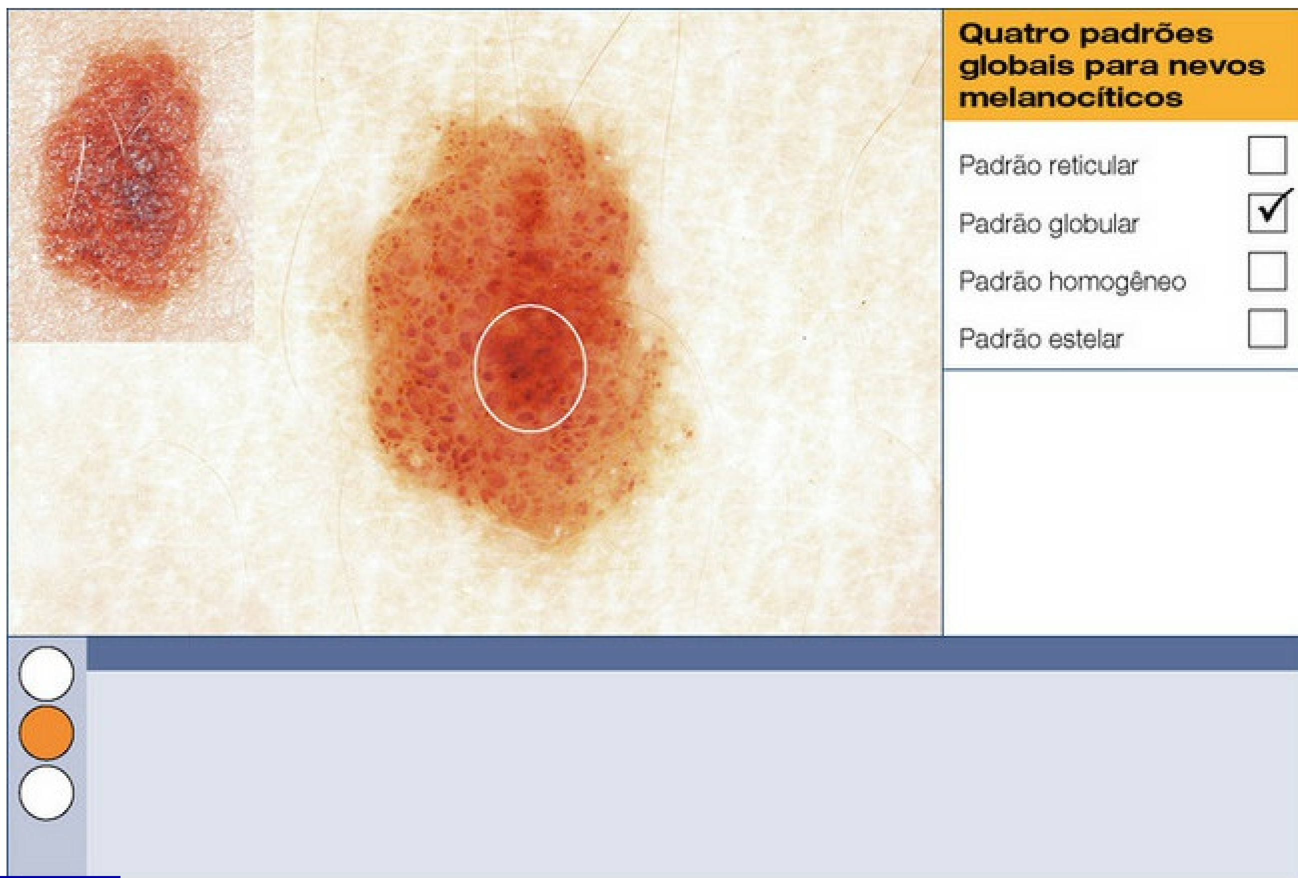


Figura 100 Nevo

Esta lesão tem um padrão globular que contém inúmeros pontos e glóbulos azul-amarronzados, os quais variam de tamanho e formato, com uma mancha amarronzada irregular central (círculo).

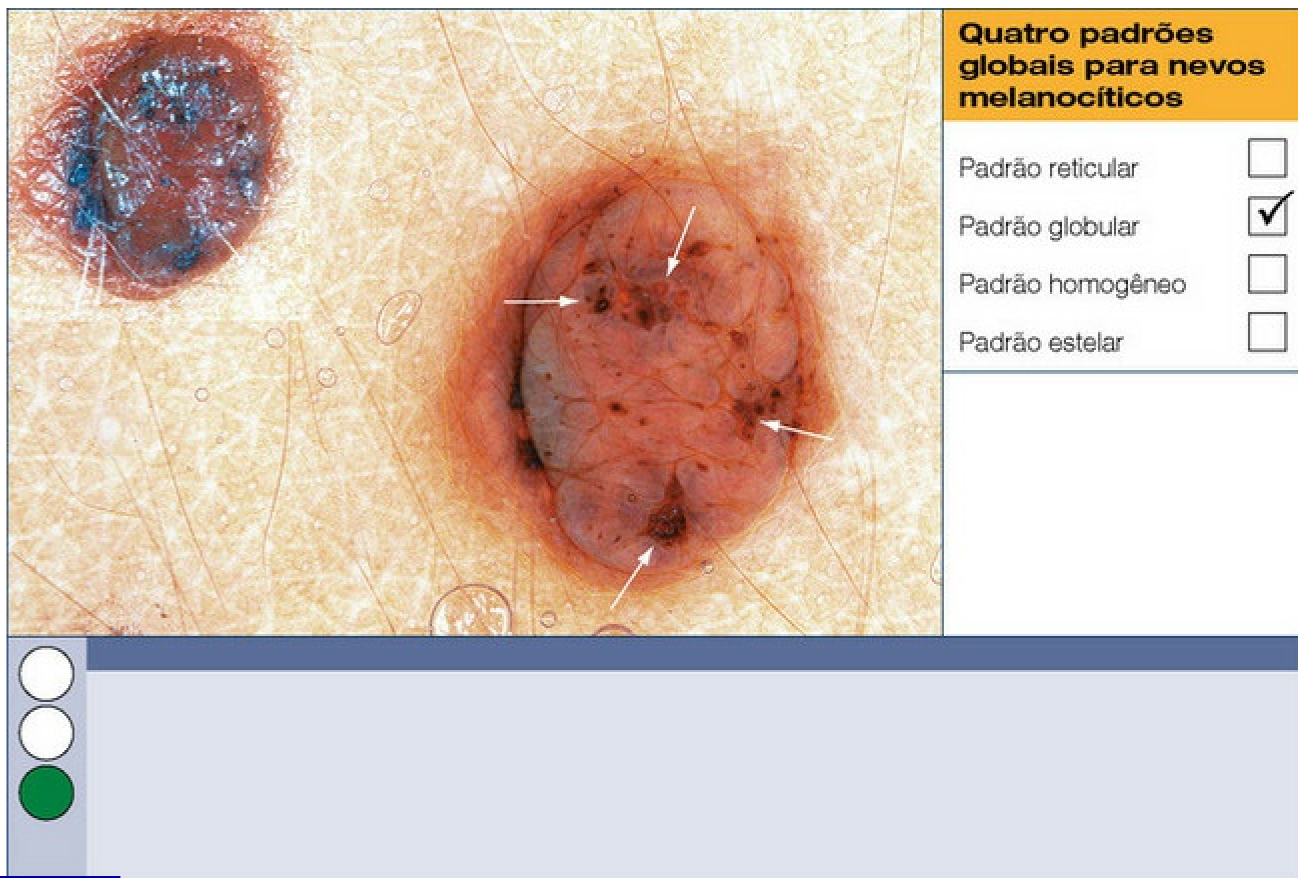


Figura 101 Nevo

Este nódulo clinicamente séssil e largo tem uma superfície papilomatosa e alguns orifícios de forma irregular semelhantes a comedões (setas). Às vezes, não é possível diferenciar os orifícios semelhantes a comedões dos glóbulos. As linhas finas pigmentadas não são de rede pigmentar, mas há pigmentação nos sulcos da lesão. A natureza compressível macia aponta para baixo risco. Palpe as lesões suspeitas, mas, em caso de dúvida, remova-as.

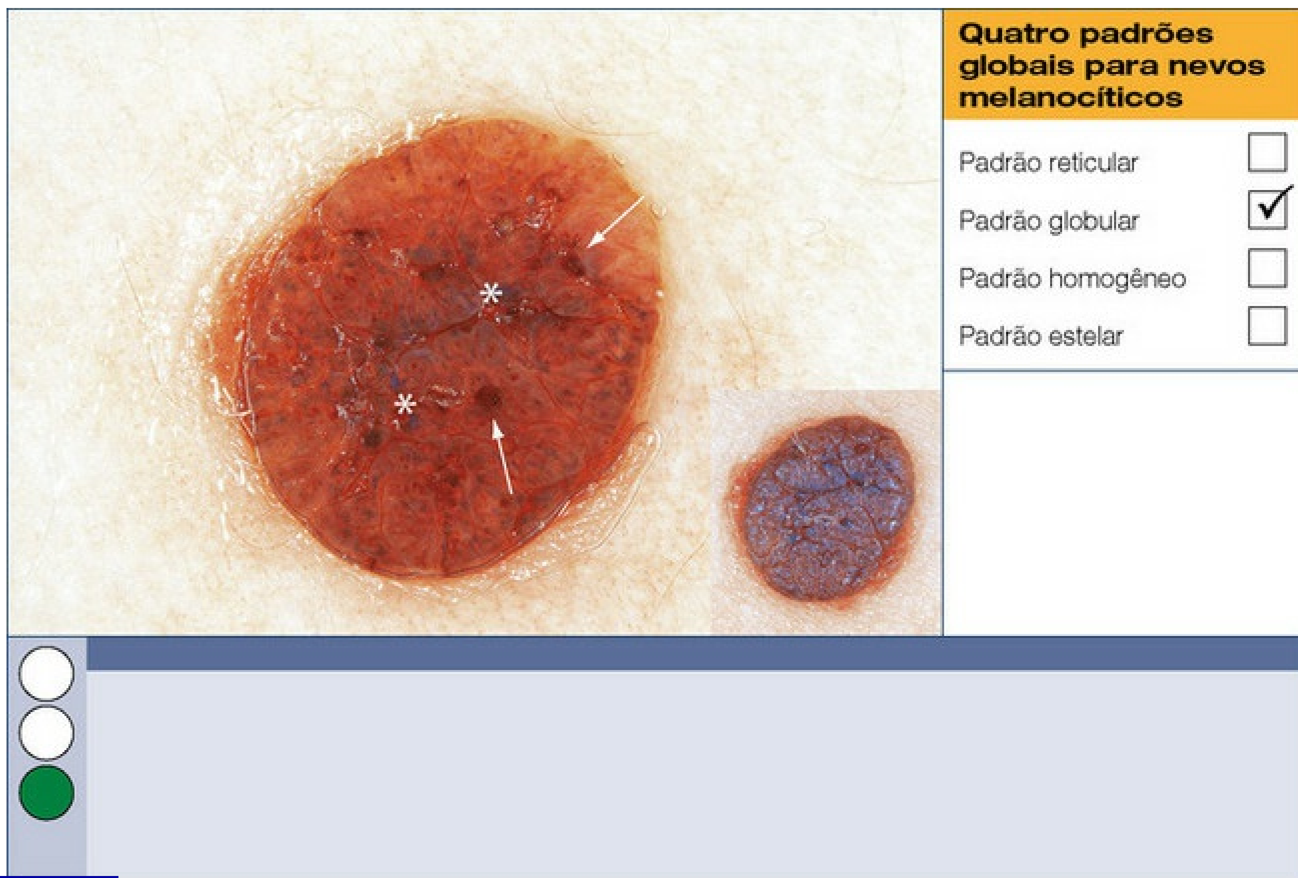


Figura 102 Nevo

Este é outro nódulo séssil e largo caracterizado por uma superfície papilomatosa. Há alguns orifícios semelhantes a comedões (setas) e alguns pontos e glóbulos azulados (asteriscos). Estes podem ser confundidos com estruturas branco-azuladas.

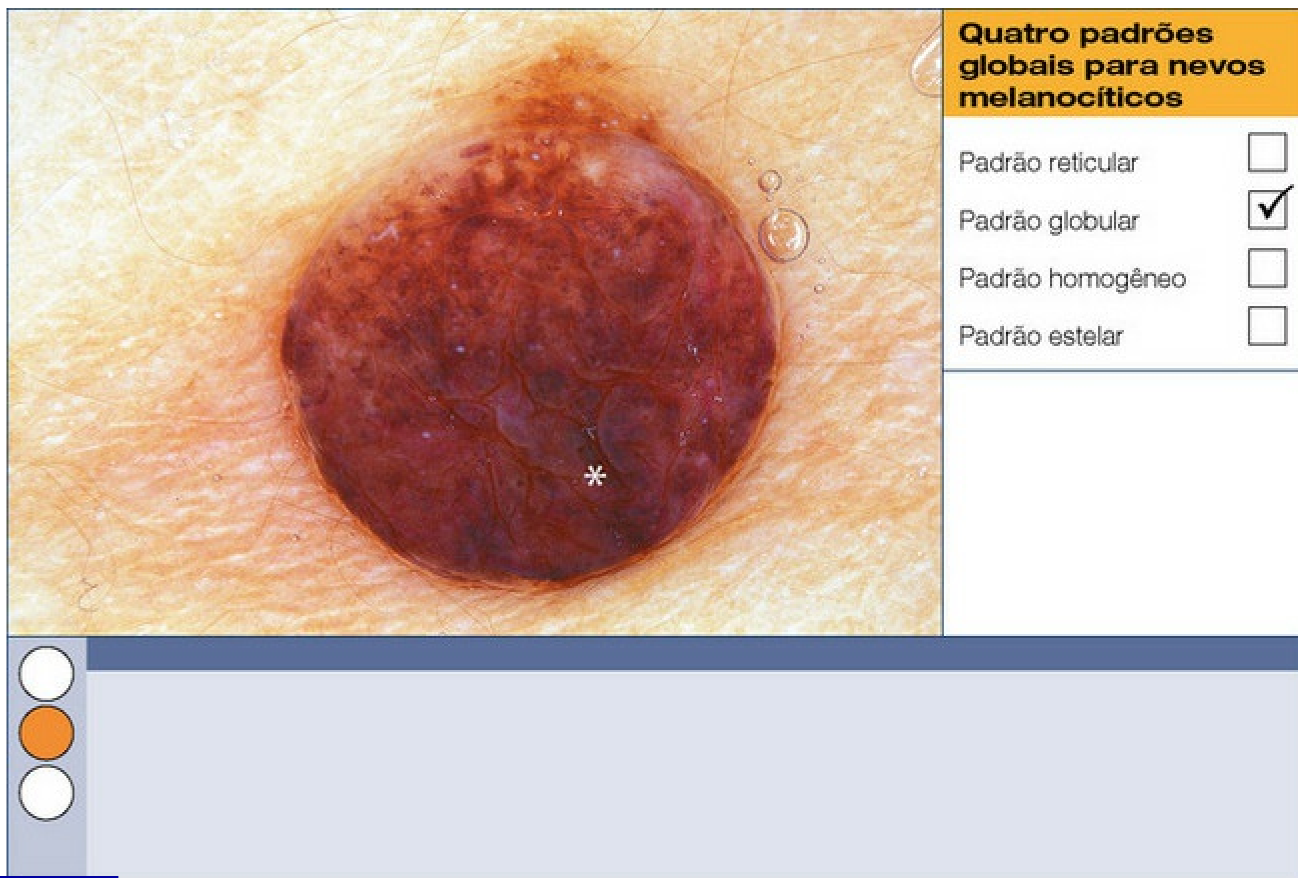


Figura 103 Nevo

Aqui está outro nevo dérmico papilomatoso. Há estruturas azul-esbranquiçadas sutis (asterisco) na metade inferior deste nódulo em forma de cúpula. Esta é outra lesão a ser palpada. Compressibilidade e fácil movimentação de lado a lado são bons sinais clínicos em favor de uma natureza benigna.

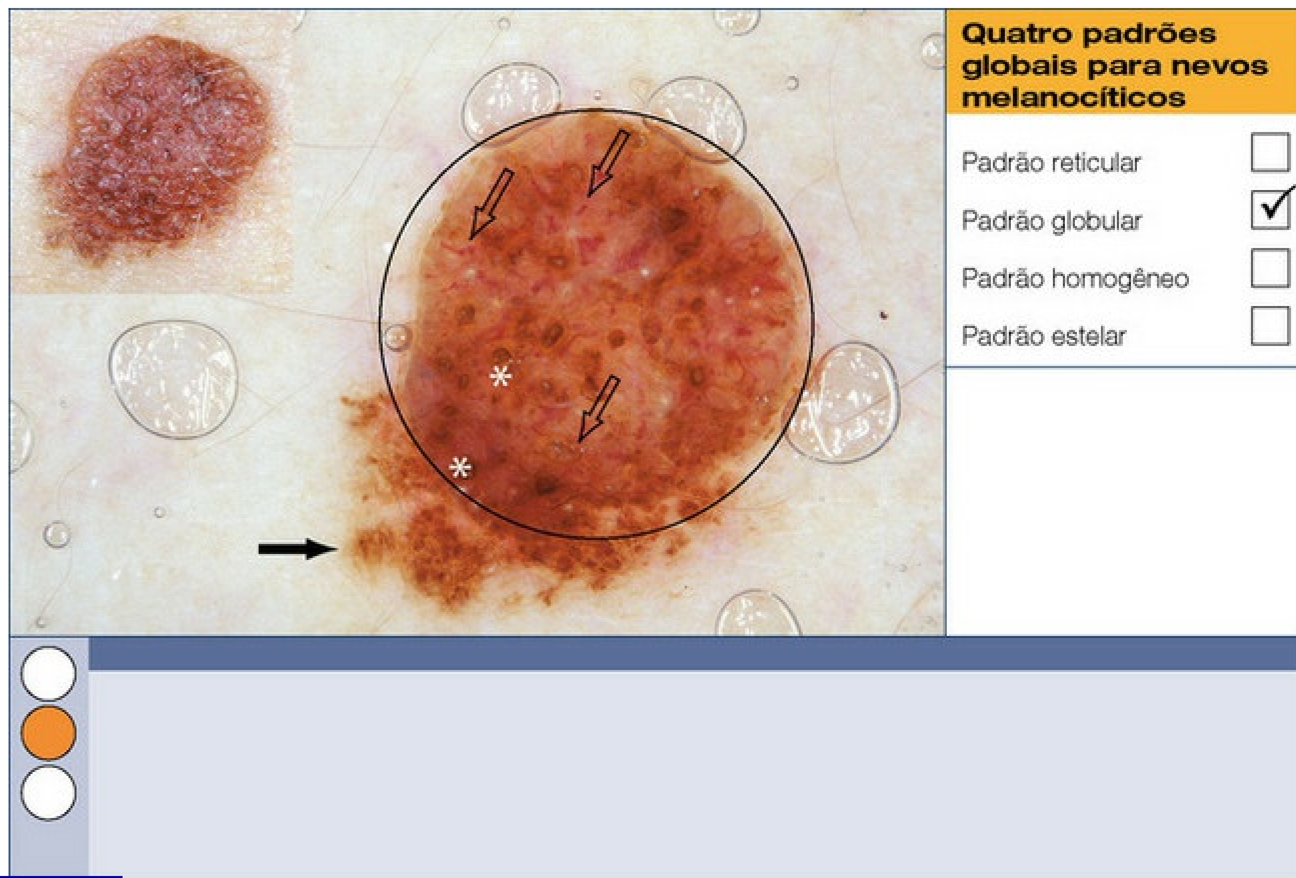


Figura 104 Nevo

É comum ver um nevo papilomatoso (círculo) em transição com um nevo melanocítico plano (seta sólida). O componente plano pode conferir uma aparência clínica preocupante, que, na maioria dos casos, não é de alto risco quando observado com dermatoscopia. O nódulo em forma de cúpula é caracterizado por inúmeros orifícios semelhantes a comedões (asteriscos). Além disso, há vasos em forma de vírgula (setas abertas) em toda a lesão. Vasos em formato de vírgula não são caracteristicamente observados em melanomas. Na margem inferior, existe uma área plana acastanhada com pontos e glóbulos regulares.

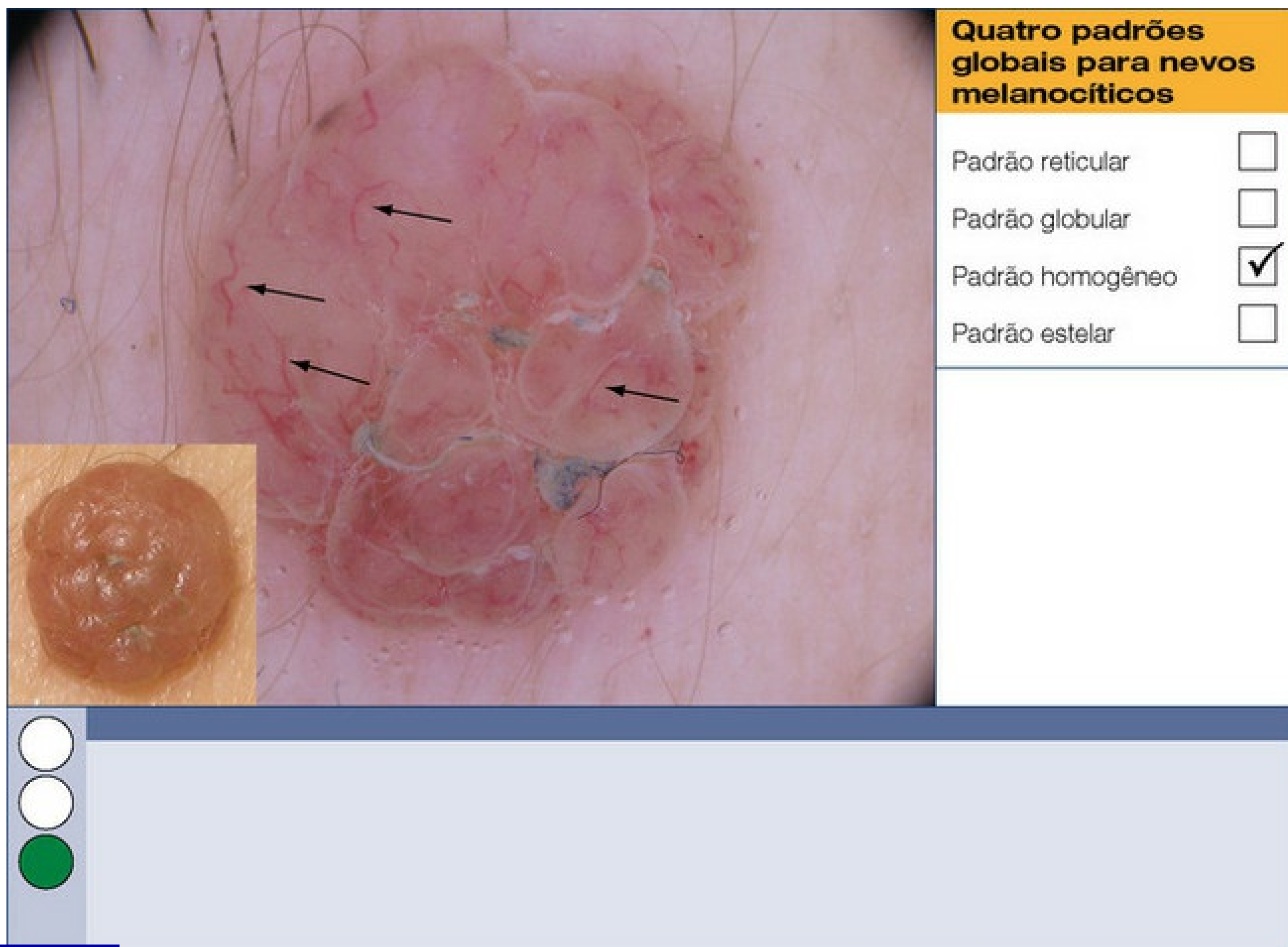


Figura 105 Nevo

Este nevo dérmico papilomatoso é relativamente inexpressivo, mas os vasos sanguíneos (setas) podem levar à consideração de carcinoma basocelular no diagnóstico diferencial. Os vasos de carcinoma basocelular, no entanto, são lineares, nítidos em foco e ramificados (arborização). Este nódulo papilomatoso elevado revela um padrão homogêneo e tem cor marrom-clara. Comumente, esses nevos estão irritados em virtude de traumatismos incidentais.

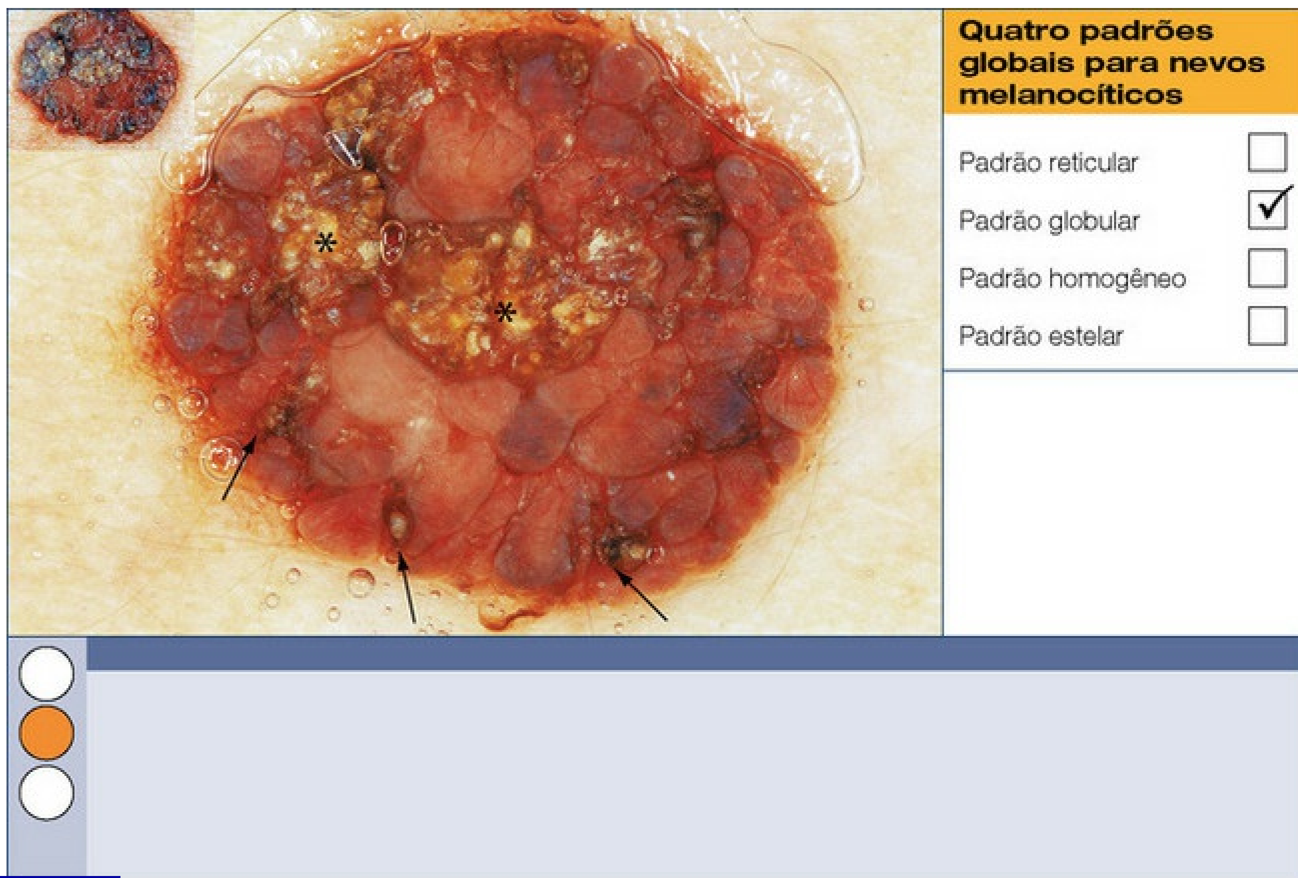


Figura 106 Nevo

Nesta foto dermatoscópica bizarra, existem várias estruturas e sulcos papilares exofíticos densamente agregados que se assemelham a glóbulos. Há também algumas criptas e sulcos irregulares (setas), que representam uma variação da morfologia observada com orifícios semelhantes a comedões. No centro, há um acúmulo de material ceratótico branco-amarelado (asteriscos). Palpe esta lesão e ela será mole, o que consistirá em um critério a favor de um nevo banal.

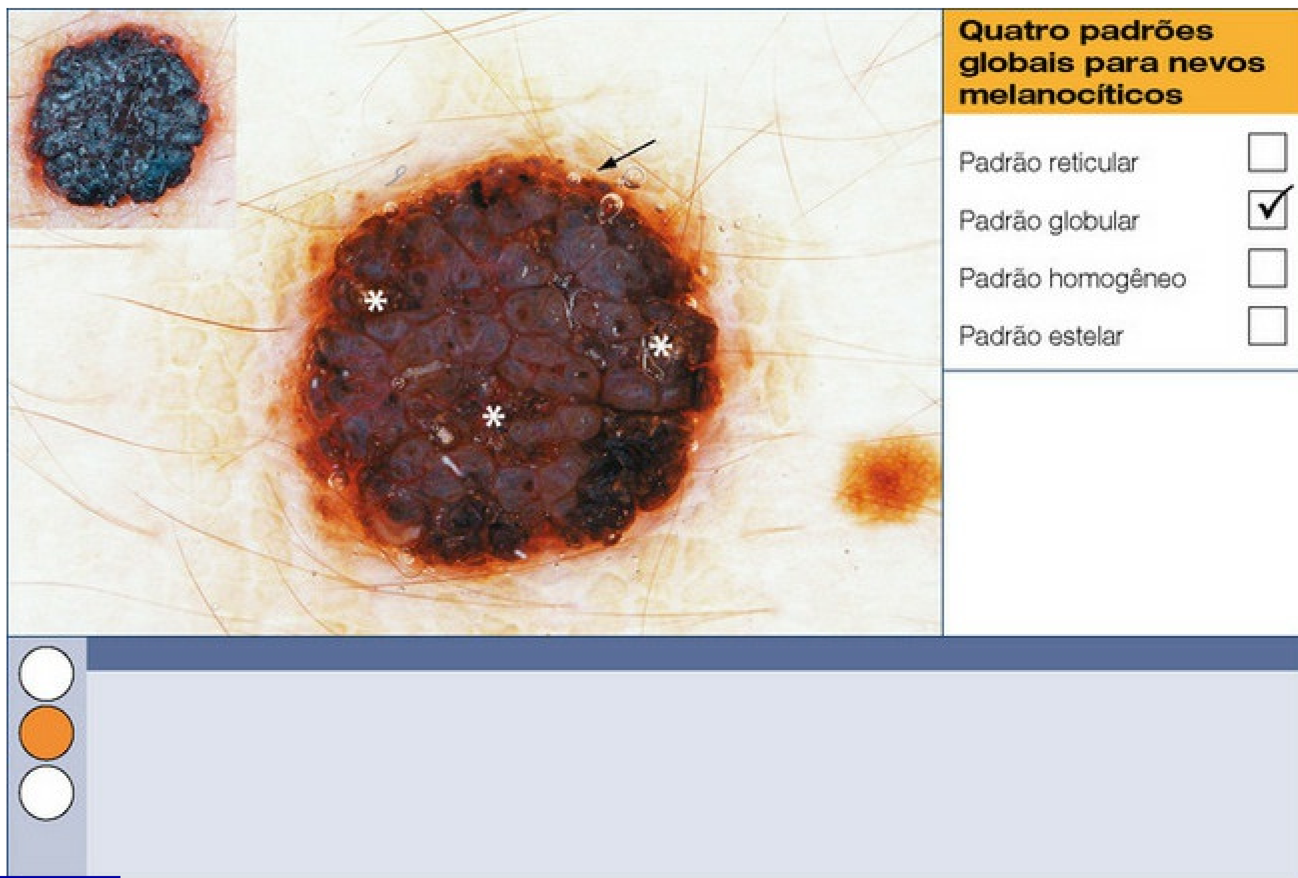


Figura 107 Nevo

Esta lesão é semelhante à da Figura 106 e é composta por estruturas papilares exofíticas densamente agregadas, entremeadas com sulcos (asteriscos). Além disso, há alguns pontos marrons regulares e glóbulos (seta) e estruturas azul-esbranquiçadas. Um pequeno nevo banal do tipo reticular é observado no canto inferior direito.



Figura 108 Nevo

Este nevo elevado na testa é caracterizado por alguns pontos e glóbulos marrom-claros a escuros, particularmente no centro da lesão (círculo). Observe a presença de orifícios arredondados que representam folículos pilosos. Um exame mais detalhado mostrará os pelos no centro de alguns folículos. Estes nevos apresentam-se frequentemente inflamados em decorrência de pelos encravados e folículos pilosos rompidos. Tendo em vista a pigmentação relativamente acentuada, acendemos o sinal laranja. Este nevo benigno foi retirado a pedido do paciente.

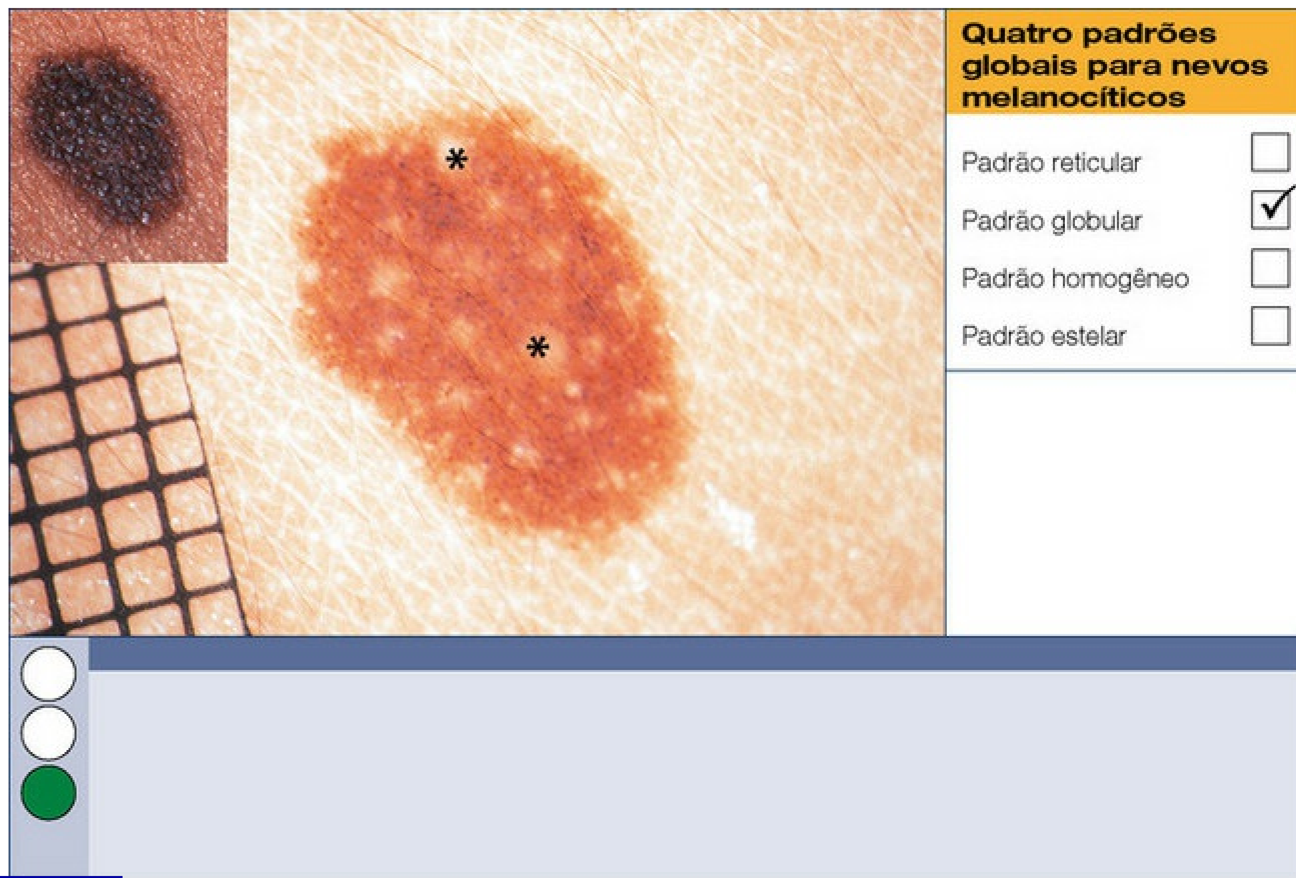


Figura 109 Nevo

Aqui temos um tipo muito sutil de padrão globular em um nevo melanocítico plano com inúmeros pontos minúsculos e hipopigmentação multifocal (asteriscos). Este padrão pode ser observado com nevos congênitos ou de Clark (displásicos).

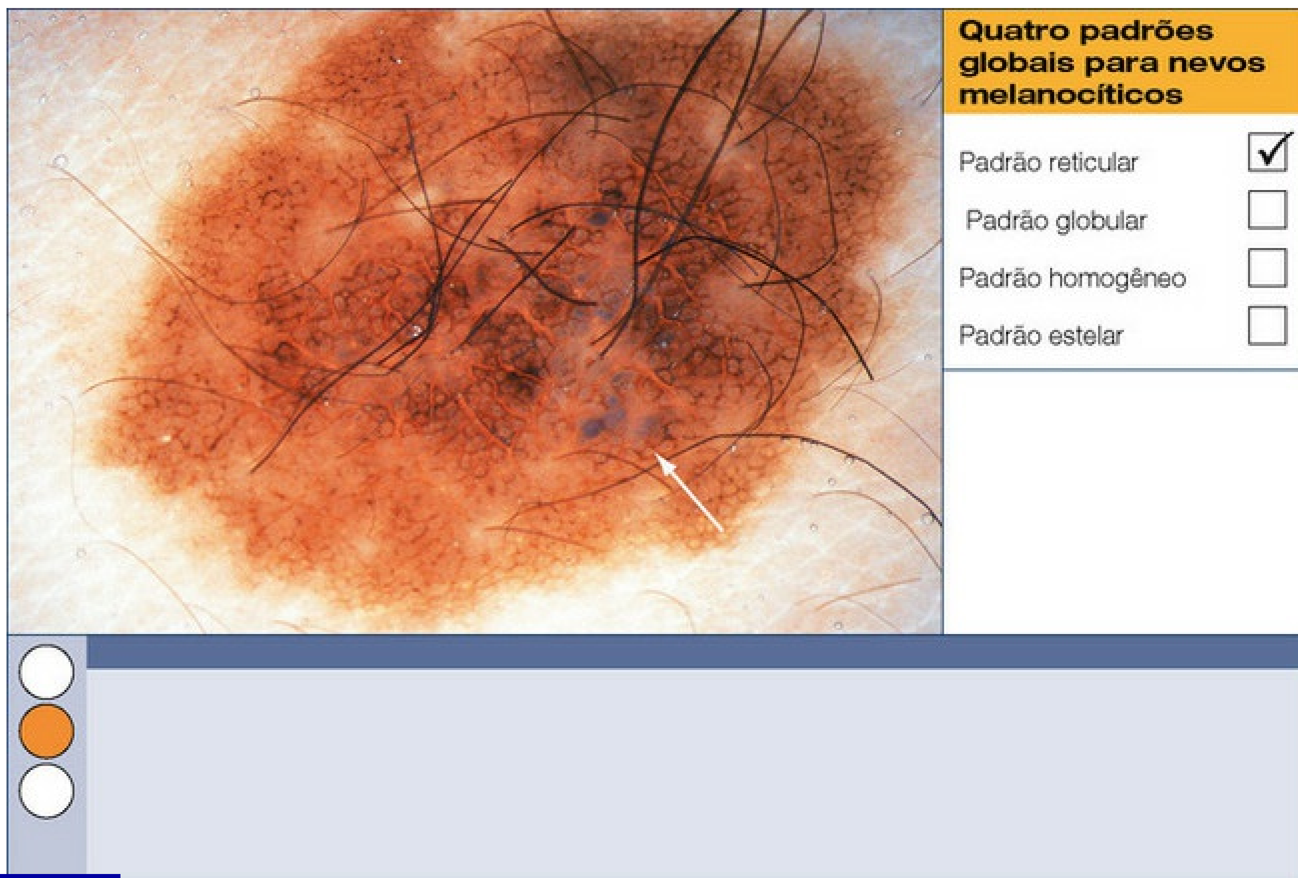


Figura 110 Nevo

Esta imagem mostra um dos padrões estereotípicos observados com nevo congênito. É um padrão reticular com ilhas de cor clara, sem sinais distintivos, semelhantes às observadas na Figura 109, porém mais drástico. A rede pigmentar na porção central é mais fortemente pigmentada, e as linhas são espessadas quando comparadas às da periferia. Há também um foco de estruturas azul-esbranquiçadas (seta). Comumente, os nevos congênitos parecem preocupantes na dermatoscopia, mas não histologicamente. Ilhas de pele normal + ilhas de critérios = nevo melanocítico congênito.

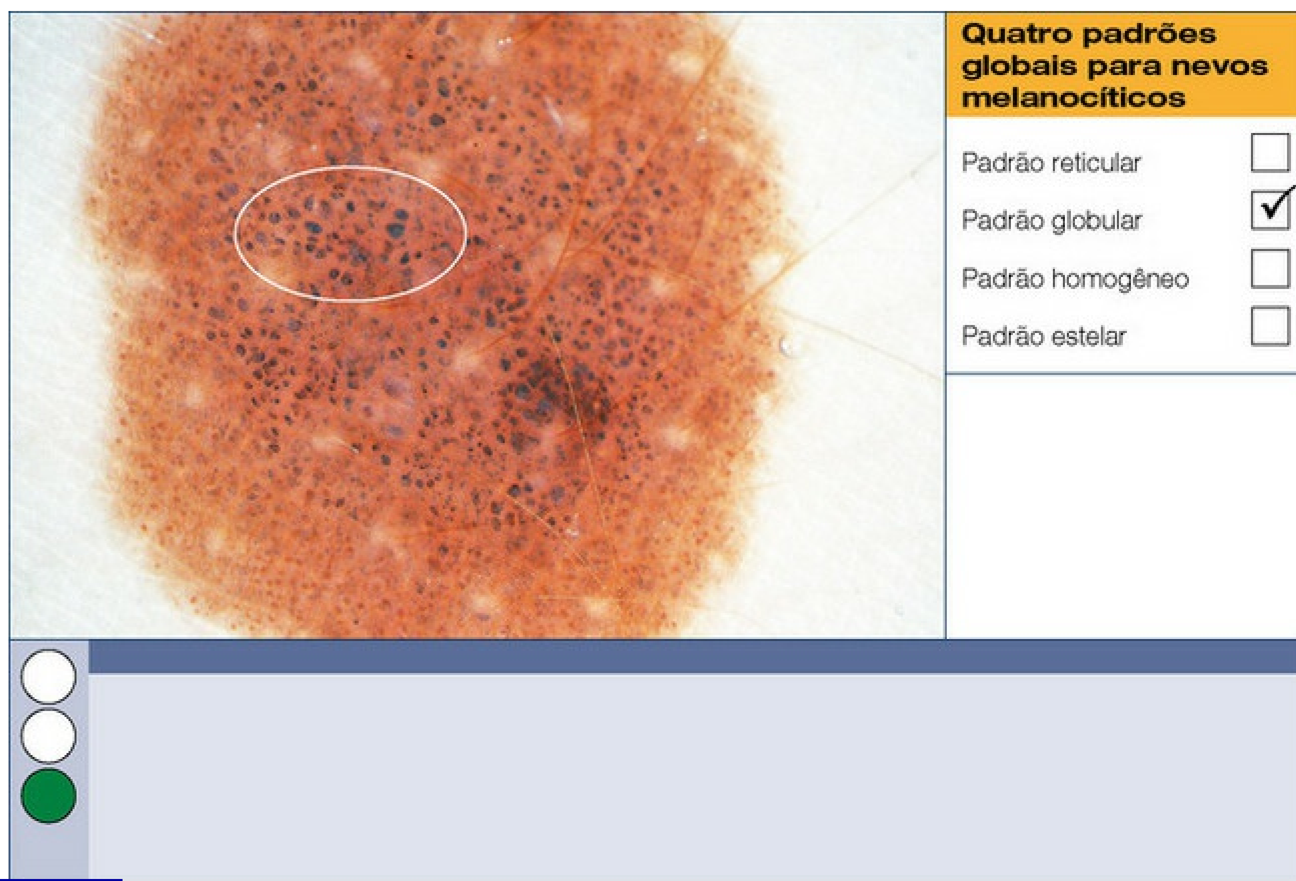


Figura 111 Nevo

O padrão globular observado aqui é misturado com orifícios brancos arredondados e caracteriza-se por inúmeros pequenos pontos e glóbulos azulados (círculo) situados predominantemente no centro da lesão e muitos glóbulos castanho-claros perifericamente. A arquitetura dermatoscópica global desta lesão é simétrica e regular e não se indica excisão.

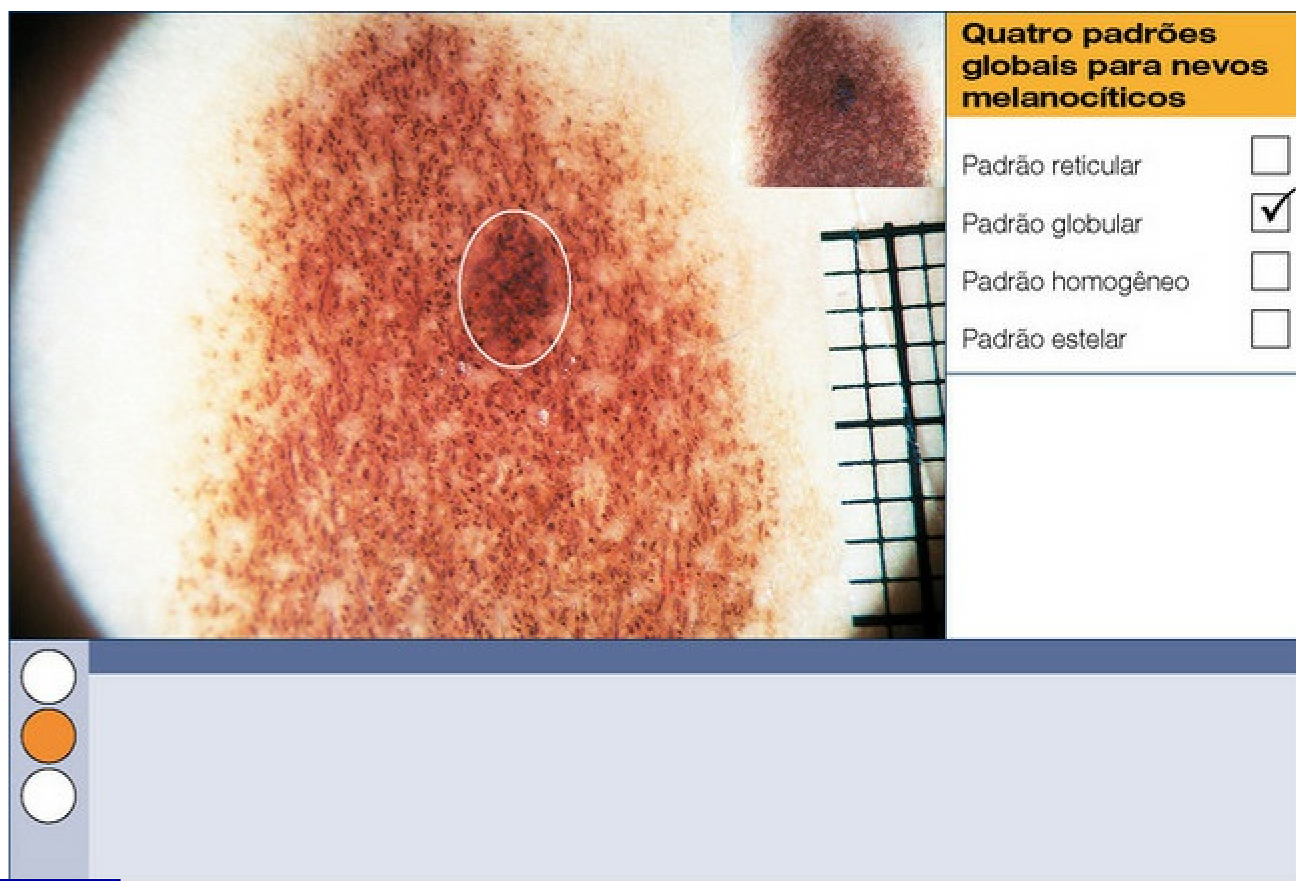


Figura 112 Nevo

Esta lesão mostra outra das muitas variações do padrão globular com inúmeras áreas de hipopigmentação arredondada. Este padrão é muito sugestivo de um nevo melanocítico congênito. Inúmeros pontos e glóbulos castanhos estão distribuídos uniformemente pela lesão. Na parte superior, há uma área marrom-escura oval pigmentada. Esta mancha (círculo) poderia representar alto risco de patologia e, por esse motivo, a lesão deve ser excisada.



Figura 113 Nevo

Esta lesão com um determinado padrão homogêneo é um nevo congênito salpicado, também chamado de nevo *spilus*. Há um padrão bastante característico de vários pontos e montes acastanhados em um fundo homogêneo de cor castanho-clara a cor da pele. O novato pode ser confundido por esta lesão e considerar um melanoma incomum no diagnóstico diferencial. Sentimo-nos confiantes em recomendar acompanhamento e automonitorização deste tipo especial de nevo congênito.

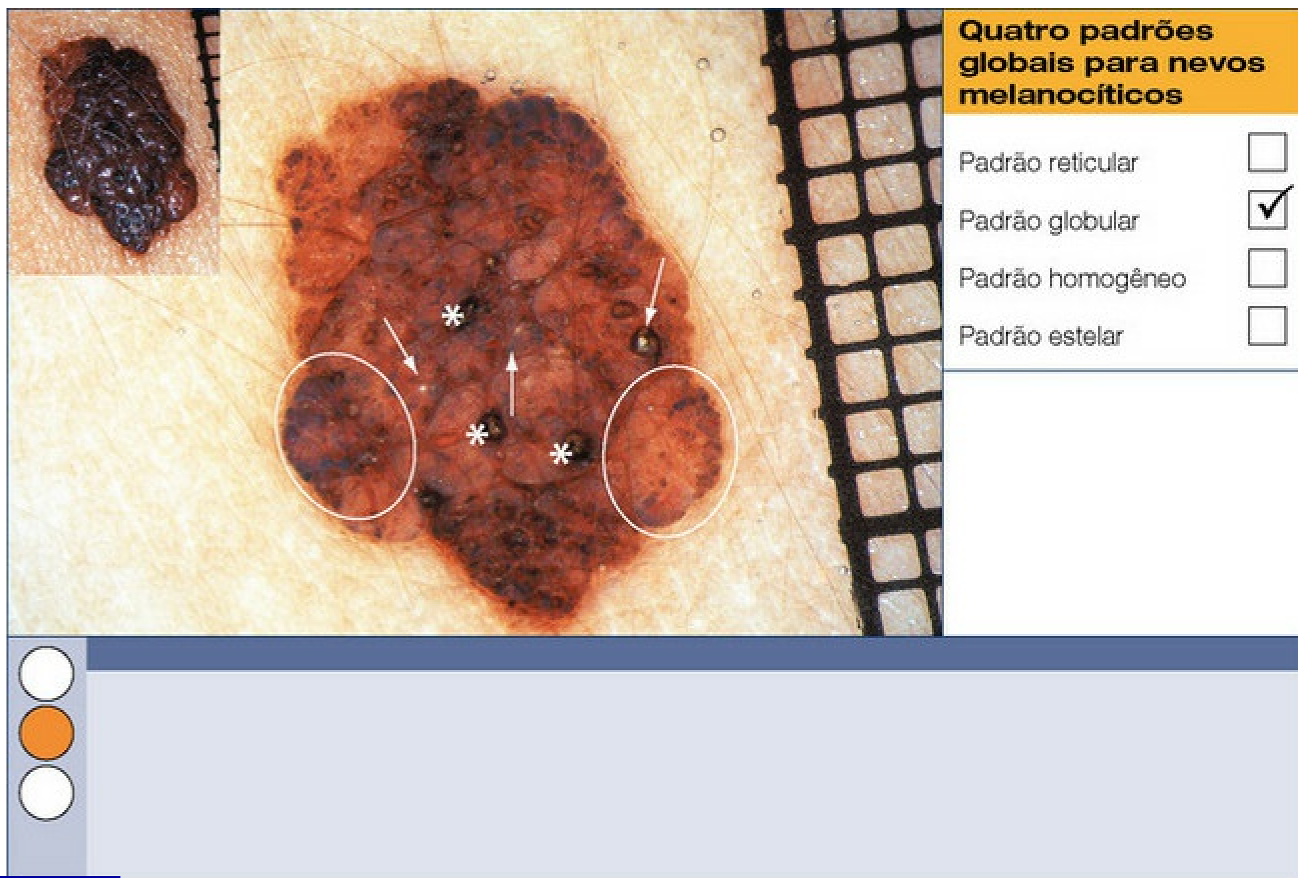


Figura 114 Nevo

Este nevo papilomatoso é composto por algumas estruturas papilares exofíticas (círculos) e alguns orifícios semelhantes a comedões (asteriscos). Além disso, há alguns cistos semelhantes a *milium* (setas) e estruturas azul-esbranquiçadas. Se uma lesão de aspecto preocupante como esta for palpada, ela deve ser macia e compressível – este sinal indica que ela é benigna.



Figura 115 Nevo

Este nevo reticular é caracterizado por um padrão de rede pigmentar que imediatamente levanta a nossa suspeita. Há certamente áreas com uma rede pigmentar espessada e ramificada (círculos), e também as outras partes da rede pigmentar revelam algumas características de irregularidade. Este nevo displásico (de Clark) simula melanoma *in situ* e deve ser extirpado.



Figura 116 Nevo

Este nevo é caracterizado pela presença de inúmeros pelos, o que é diagnóstico de um nevo melanocítico congênito. Há também glóbulos acastanhados em toda a lesão misturados com inúmeros pontos azuis pequenos (asteriscos), que representam coleções de melanófagos na derme papilar e levantam a suspeita de um melanoma em regressão. Contra o diagnóstico dermatoscópico de melanoma estão a presença de vários pelos e a simetria de cor e estrutura.

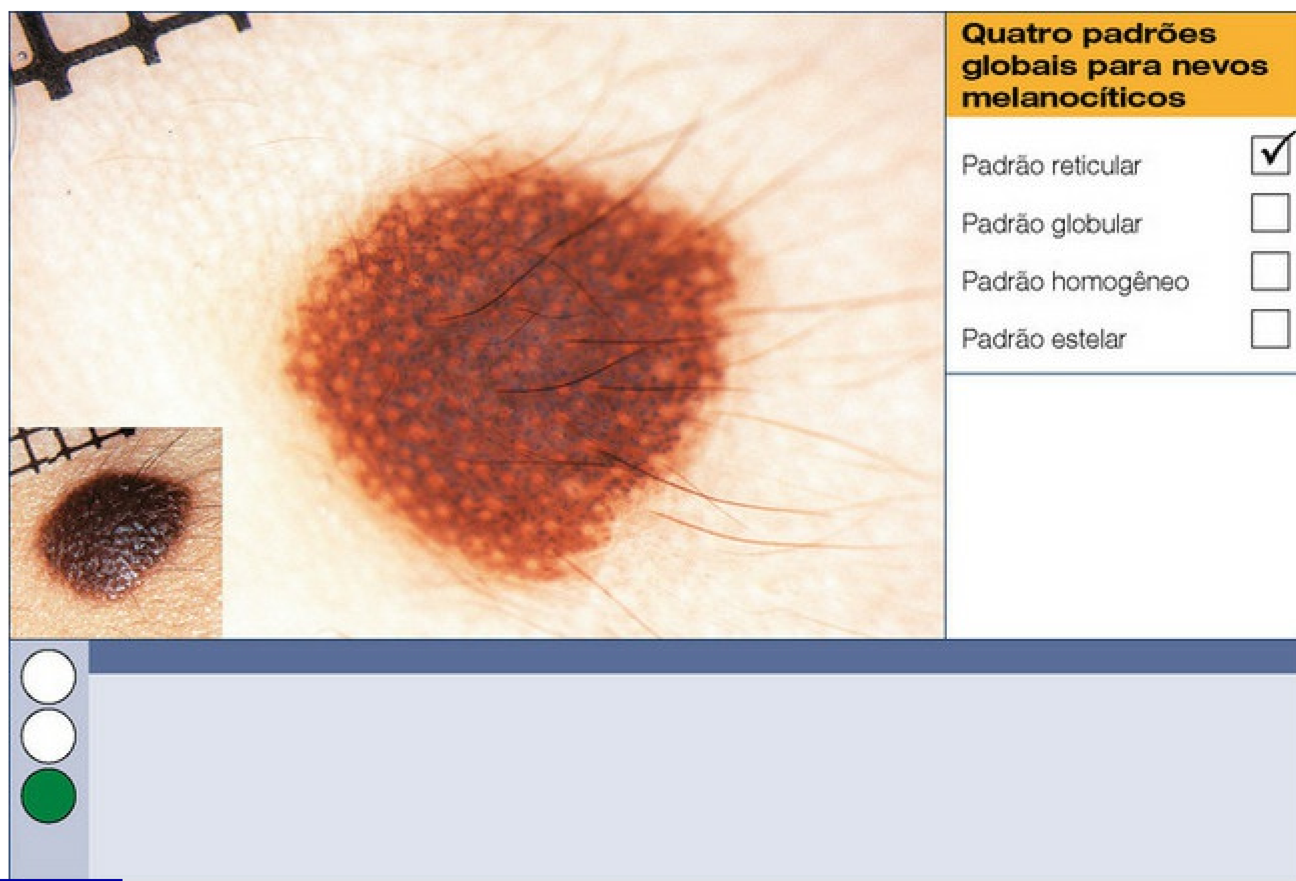


Figura 117 Nevo

Aqui está outro exemplo de um nevo com pelos escuros, que pode ser mais bem interpretado como um nevo melanocítico congênito pequeno na face. A marca dermatoscópica desta lesão é uma rede pseudopigmentar regular formada por inúmeras áreas redondas, que representam aberturas foliculares. Este critério é específico do local. Em virtude da simetria dermatoscópica de cor e estrutura, um melanoma pode ser descartado com certeza. Rede pigmentar não é o mesmo que rede pseudopigmentar.

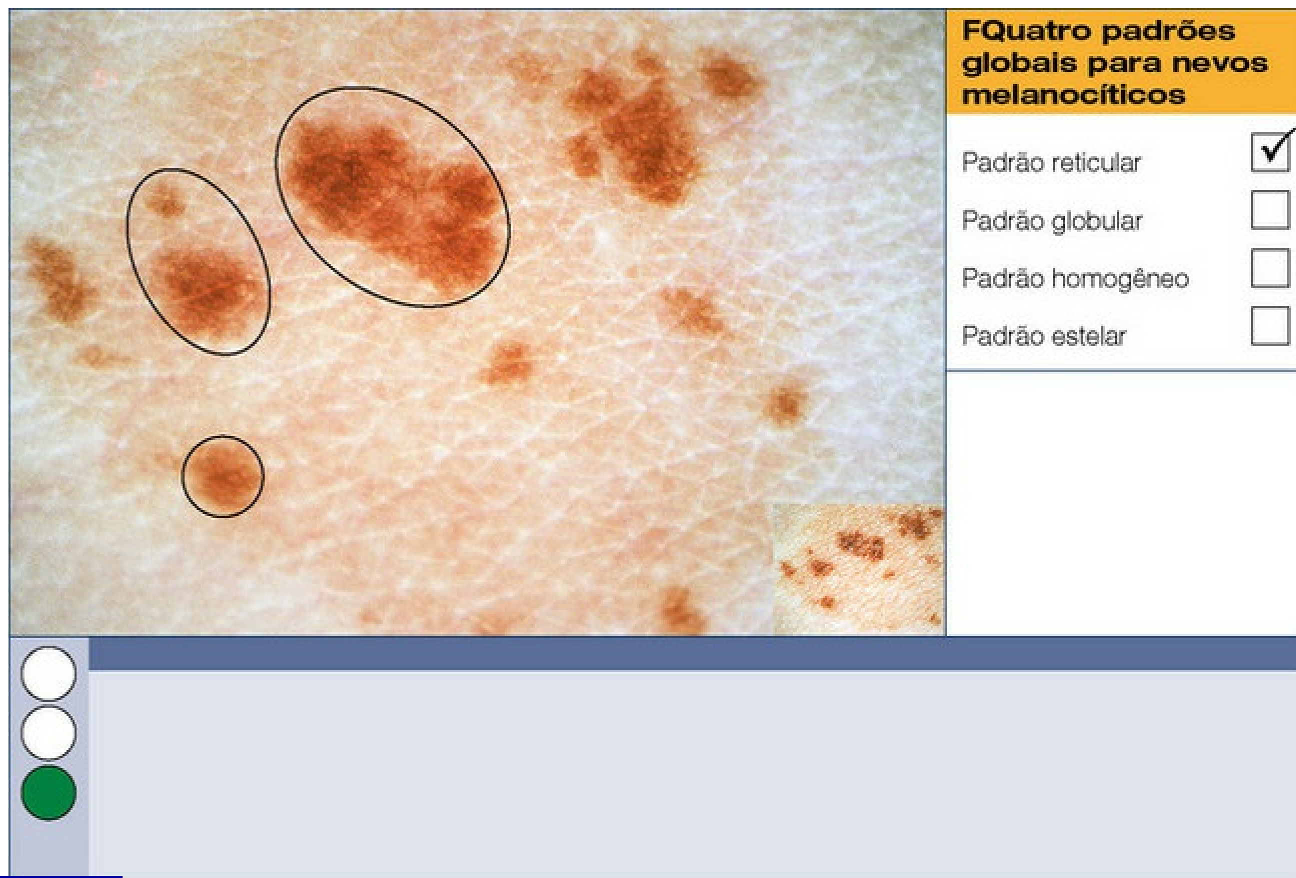


Figura 118 Nevo

Este é um exemplo de um estereótipo de nevo *spilus*, que é caracterizado por vários focos (círculos) de uma rede pigmentar acastanhada sutil sobre um fundo marrom-claro. Cada um destes pontos é uma reminiscência de um tipo de nevo reticular. O melanoma pode desenvolver-se em um nevo *spilus*; portanto, a dermatoscopia é uma ferramenta útil para o exame destas lesões. Procure os mesmos critérios de alto risco como para outros tipos de nevos melanocíticos.



Figura 119 Nevo

Este nevo congênito apresenta um padrão reticular homogêneo com o último no centro da lesão. A periferia é caracterizada por uma distribuição regular em placas de pequenos focos de rede pigmentar típica disposta em um padrão anular. Por causa do aspecto geral bastante simétrico desta lesão, estamos acendendo o sinal verde.



Figura 120 Nevo

Na ampliação, este nevo congênito tem uma aparência dermatoscopicamente muito preocupante, porque há assimetria de cores e, também, de estrutura. No entanto, em lesões melanocíticas maiores do que 1 cm de diâmetro, temos sempre considerado a aparência clínica. É sabido que a dermatoscopia de nevos congênitos pode confundir e desviar-nos do caminho. Reunindo as características clínicas e dermatoscópicas desta lesão, temos confiança de que devemos acompanhar este nevo congênito.

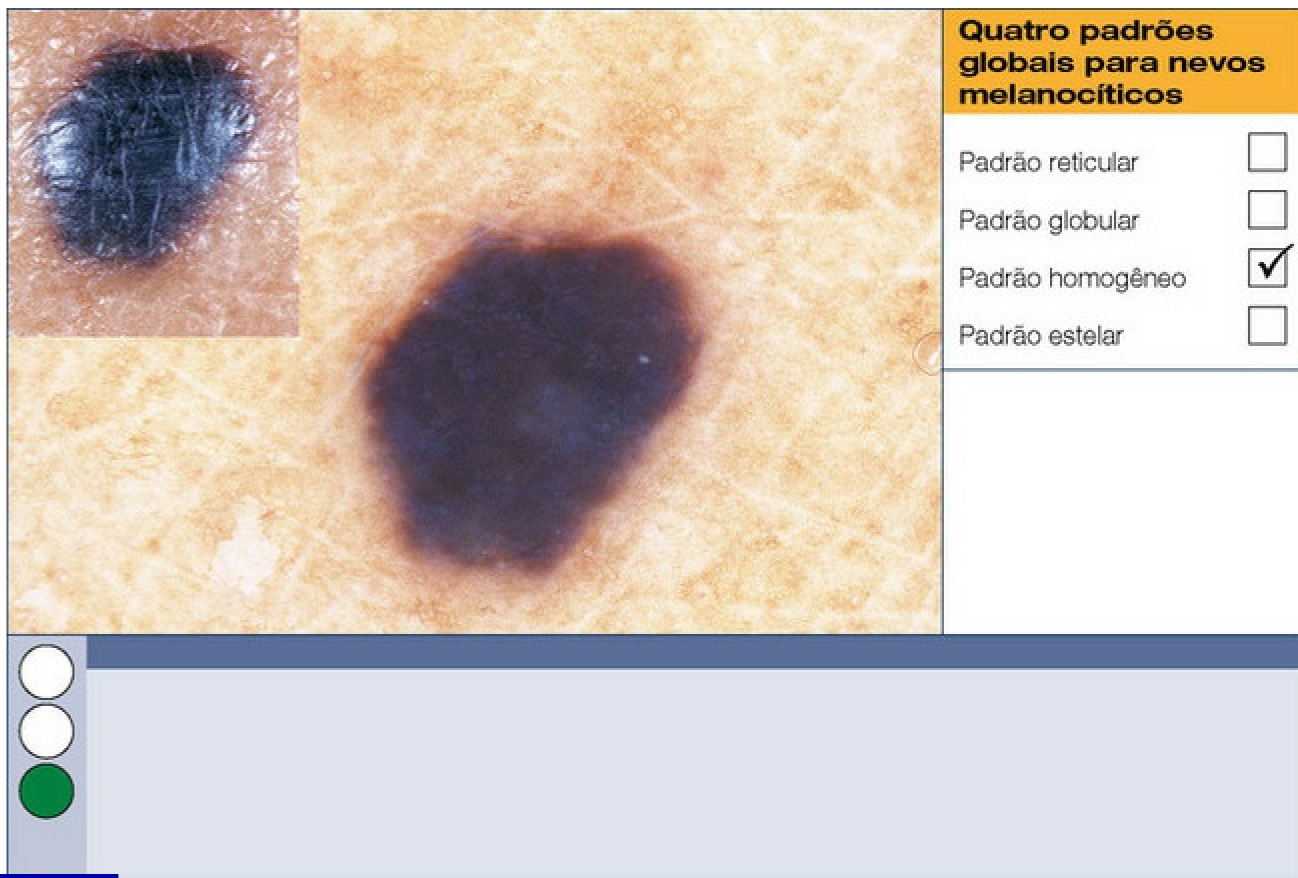


Figura 121 Nevo

Este é um exemplo estereotípico de um nevo azul caracterizado por pigmentação homogênea difusa. Há também um pequeno halo de pigmentação marrom. O diagnóstico diferencial deste nevo azul é hemangioma e melanoma metastático cutâneo ou nodular. A história da lesão é vital para fazer o diagnóstico dermatoscópico correto.



Figura 122 Nevo

Esta figura mostra um exemplo estereotípico de um nevo azul. Observe a pigmentação azul homogênea por toda a lesão, um achado morfológico que se observa basicamente apenas em nevos azuis e em tatuagens. Muito raramente você pode encontrar uma aparência dermatoscópica semelhante em metástases de melanoma cutâneo de crescimento rápido. Neste último caso, os dados do histórico do paciente vão levar você ao diagnóstico de metástase de melanoma.



Figura 123 Nevo

Esta imagem mostra outro exemplo típico de um nevo azul. A área esbranquiçada no centro da lesão (círculo) é apenas uma escama. Se não houver história de crescimento, podemos, com confiança, acender o sinal verde aqui.

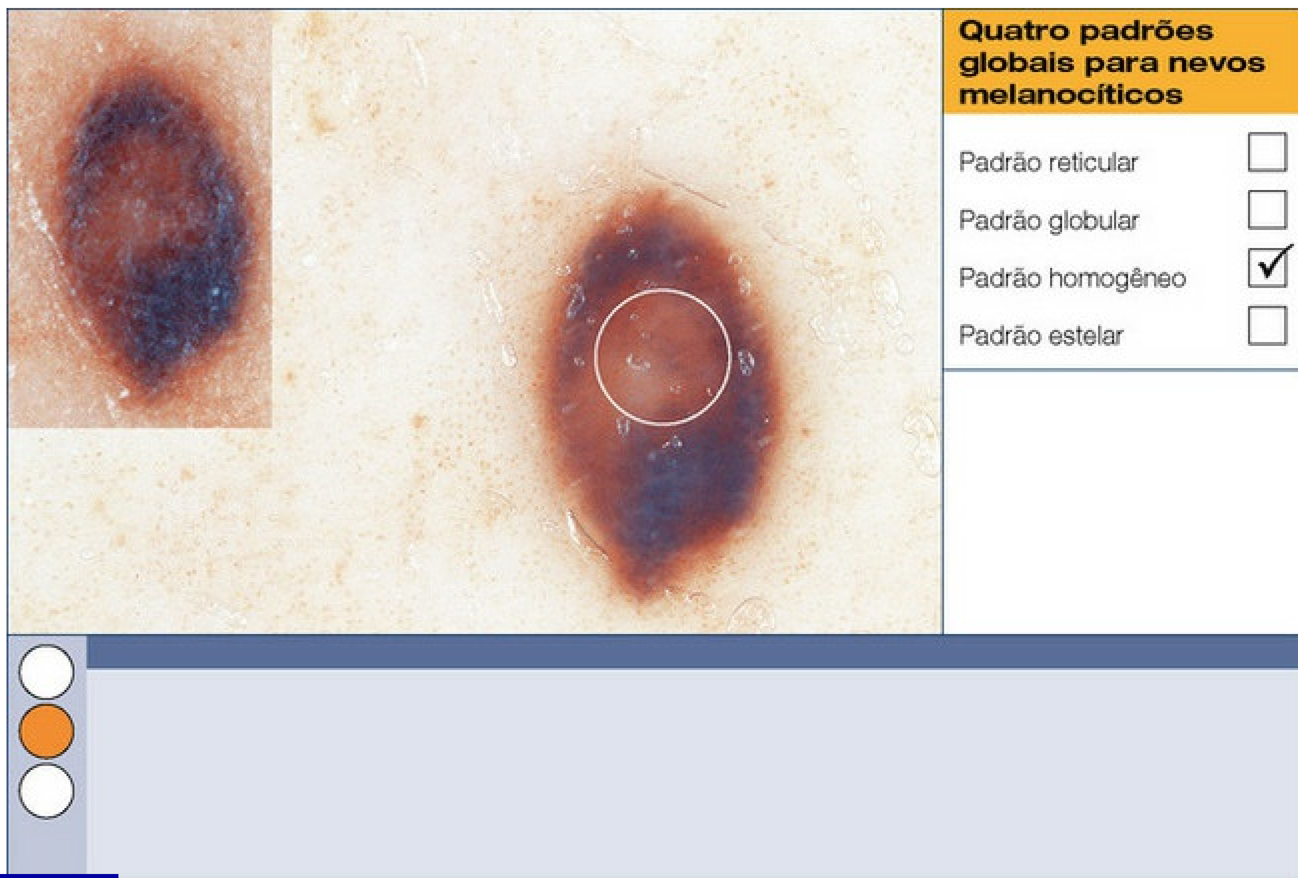


Figura 124 Nevo

Este é um nevo azul com fibrose (círculo) simulando um nevo regressivo de Clark (displásico) ou, até mesmo, um melanoma em regressão. Há pigmentação azul homogênea em torno de uma área esbranquiçada, que corresponde a uma zona histopatologicamente proeminente de fibrose em um nevo azul típico em outros aspectos.

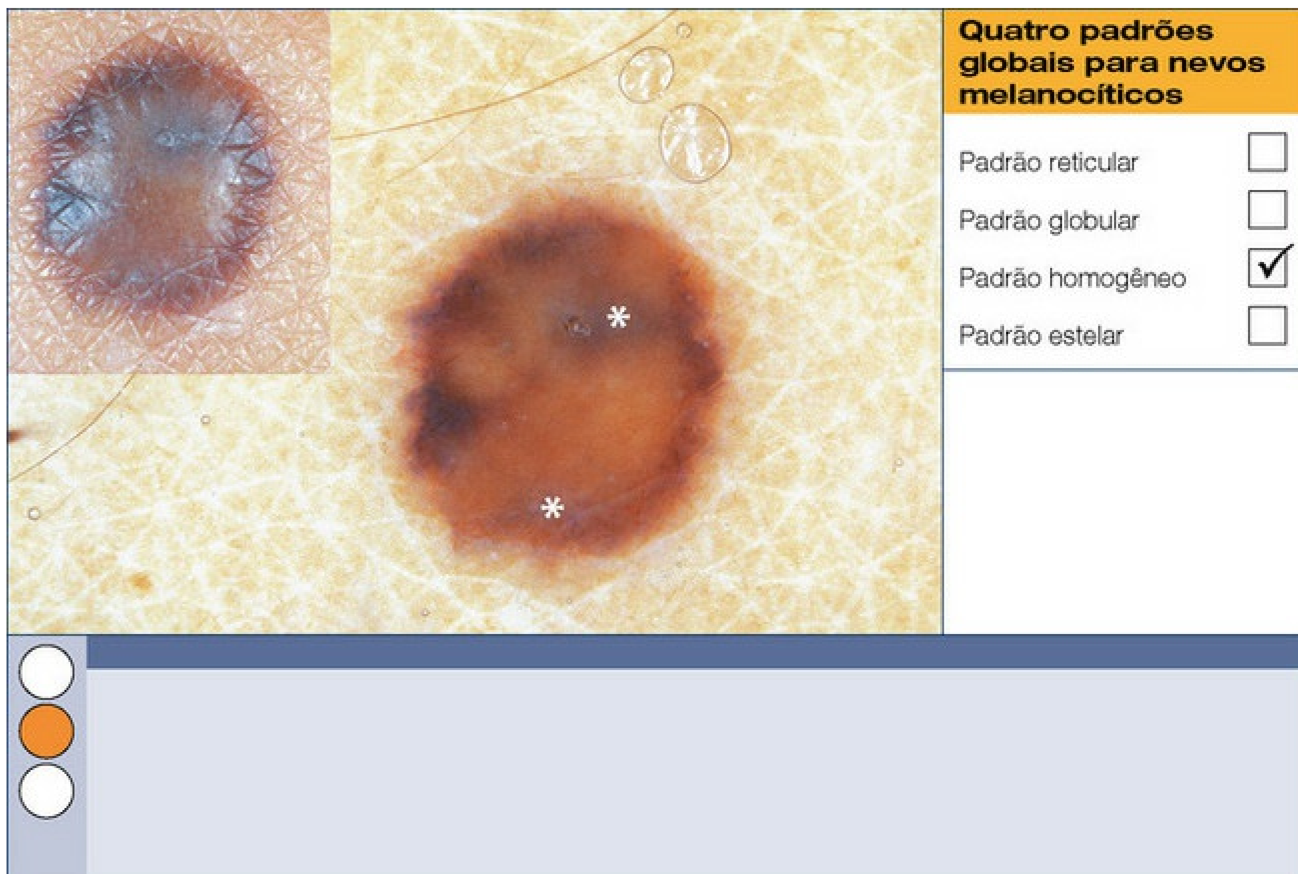


Figura 125 Nevo

Este nevo azul é um nódulo predominantemente firme, com uma superfície lisa. O diagnóstico clínico diferencial inclui melanoma hipomelanótico, dermatofibroma ou nevo dérmico. O nevo tem uma cor marrom-clara difusa circundada por pequenas zonas de pigmentação mais escura e estruturas azul-esbranquiçadas (asteriscos). Não se observa nenhum outro critério dermatoscópico. Pelo fato de um melanoma hipomelanótico não poder ser descartado com certeza, uma lesão com esta imagem dermatoscópica deve ser extirpada.



Figura 126 Nevo

Esta variação da morfologia observada em nevos azuis simula melanoma hipomelanótico e é caracterizada por uma fusão de zonas difusas azul-esbranquiçadas. Há uma completa ausência de critérios individuais dermatoscópicos.



Figura 127 Nevo

Este é um exemplo de nevo azul com pigmentação marrom-azulada difusa. Uma lesão como esta levanta considerações de diagnóstico diferencial importantes, como nevo de Spitz e melanoma nodular. Embora haja apenas uma pequena probabilidade de que este seja realmente um melanoma nodular, estamos acendendo o sinal vermelho aqui.



Figura 128 Nevo

Esta lesão é uma variação de um nevo azul. Dermatoscopicamente, caracteriza-se pela cor homogênea azul e cinza circundada por um anel indistinto de cor azul mais clara. Não há sugestões de características dermatoscópicas locais, especialmente critérios específicos para melanoma. No entanto, em razão da assimetria de contorno e cor da lesão, a excisão é justificada para descartar melanoma. A história também é um fator importante neste caso.



Figura 129 Nevo

Este é um exemplo estereotípico de um nevo de Spitz com padrão estelar. Há um anel simétrico de estrias ao redor da lesão inteira e uma estrutura central azul-esbranquiçada. Ambas características dermatoscópicas são comumente encontradas em nevos de Spitz. Se as estrias não estivessem em todas as áreas da periferia, poderia ser a imagem dermatoscópica de um melanoma. Um padrão estelar deve levar à consideração imediata de nevo de Spitz.

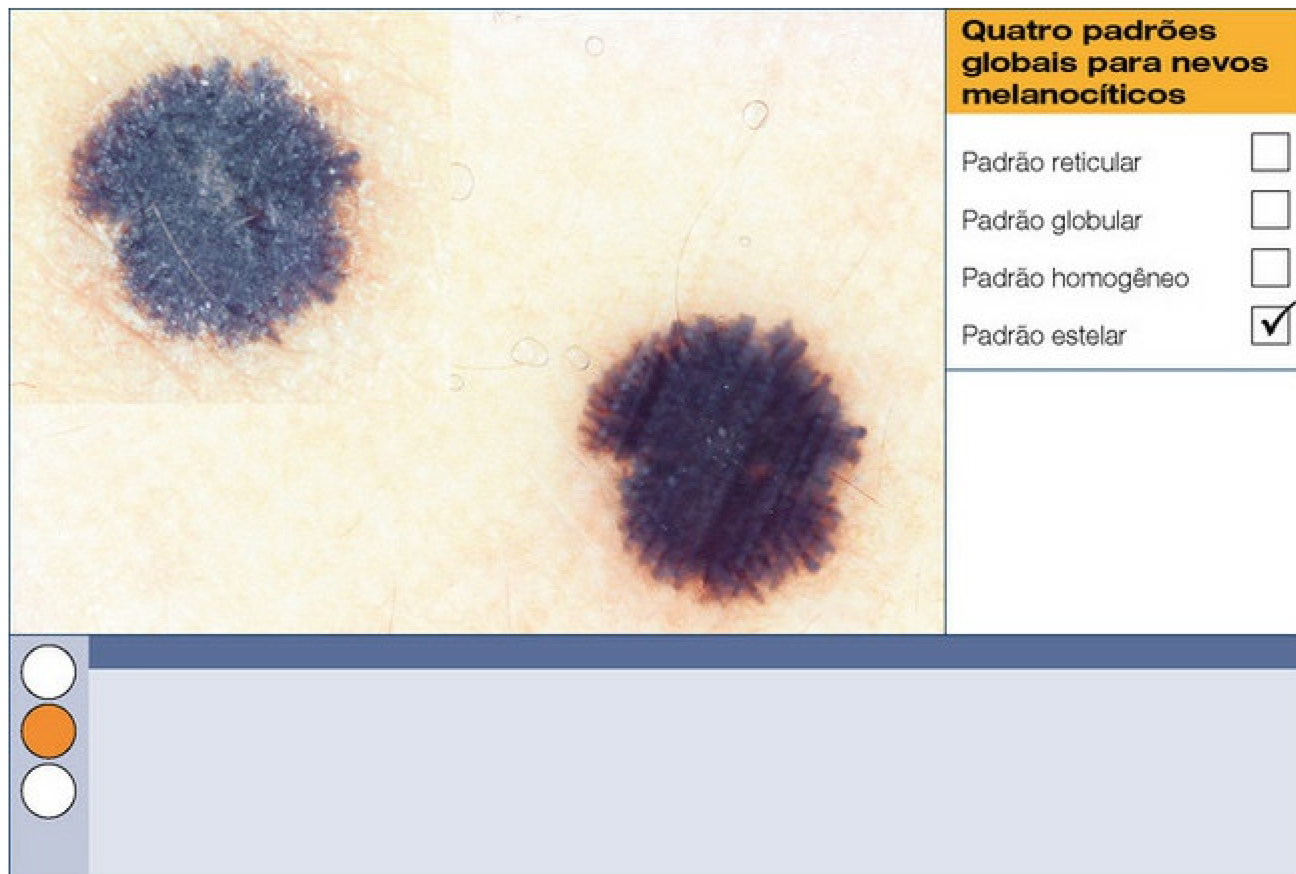


Figura 130 Nevo

Esta lesão também é spitzoide e semelhante à da Figura 129, mas as estrias na periferia não são tão drásticas. Também tem o padrão estelar. Como regra, a excisão de uma lesão com esse aspecto dermatoscópico é recomendada, principalmente se o indivíduo tiver mais de 14 anos de idade. O paciente pode estar certo de que, na maioria dos casos, a lesão não será um melanoma.



Figura 131 Nevo

Este é predominantemente um tipo globular de nevo de Spitz, que, em nível dermatoscópico, levanta uma suspeita de melanoma. É uma lesão relativamente simétrica, caracterizada por inúmeros glóbulos marrons a azulados, em vez de distribuídos uniformemente pela lesão. No canto inferior esquerdo da lesão, existem vários vasos pontilhados (círculo). A decisão sobre fazer o acompanhamento rigoroso ou retirar uma lesão que se parece com esta depende do contexto clínico.



Figura 132 Nevo

Esta lesão é semelhante à anterior, mas os pontos e glóbulos são mais proeminentes. Este padrão globular pode ser observado nos nevos comuns, displásico (de Clark) e de Spitz, bem como, raramente, em melanomas. Além disso, há indícios de estrias na periferia (posição de 6-7 horas) e uma chamada rede pigmentar negativa nas partes centrais da lesão, e ambas as características são sugestivas de nevo de Spitz. No entanto, por causa da aparência dermatoscópica ambígua, esta lesão foi excisada e diagnosticada histopatologicamente como um nevo de Spitz.



Figura 133 Nevo

Este é um nevo de Spitz pigmentado pequeno (comumente chamado de nevo pigmentado de células fusiformes) com um padrão estelar bem típico. Além disso, há uma rede pigmentar superficial espessa e ramificada preta em toda a lesão, com acentuação na periferia. O diagnóstico diferencial inclui melanoma *in situ* e, portanto, a lesão deve ser excisada. Lesões pequenas podem apresentar risco elevado.

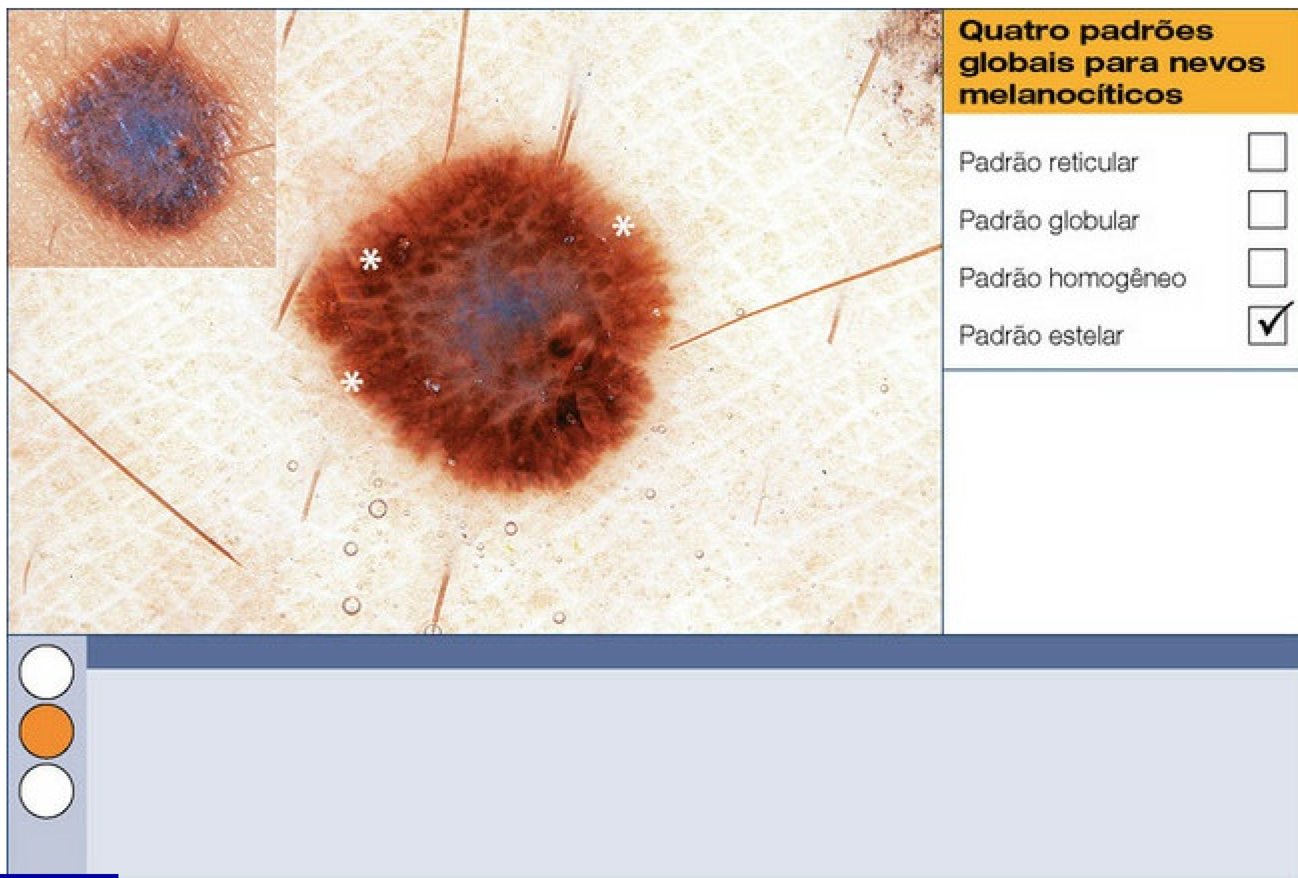


Figura 134 Nevo

Esta lesão mostra outra variação da morfologia observada em nevos de Spitz. Há simetria dermatoscópica, uma estrutura azul-esbranquiçada no centro e estrias com padrão estelar sutil (asteriscos) na periferia. Pelo fato de um melanoma não poder ser descartado com certeza, esta lesão deve ser excisada.



Figura 135 Nevo

O padrão estelar de um nevo de Reed (Spitz pigmentado) já deve ser reconhecível. Observe as muitas estrias na periferia desta lesão. As inúmeras pequenas áreas brancas pontilhadas não são os cistos semelhantes a *milium* de uma ceratose seborreica, mas aberturas écrinas do ducto. O diagnóstico diferencial desta lesão seria um nevo de Clark (displásico) ou um melanoma, por isso, ela deve ser extirpada.



Figura 136 Nevo

Esta lesão mostra outra variação na morfologia observada em nevos de Spitz (Reed) e é caracterizada por inúmeros glóbulos distribuídos uniformemente que variam de coloração do castanho-claro, marrom-escuro, azul até preto. O ciclo de vida de um nevo de Spitz (Reed) começa com um padrão globular, seguido pelo padrão estelar e, finalmente, o padrão homogêneo antes que a lesão comece a involuir. Com base na constelação clínica, no entanto, estamos acendendo aqui o sinal vermelho.



Figura 137 Nevo

É impossível ver muitas variações dos nevos de Spitz (Reed), então aqui temos outro clássico! O aspecto mais notável desta lesão é uma rede pigmentar superficial que forma estrias que criam um padrão estelar, o qual é um sinal altamente específico para nevos de Spitz (de Reed). Ainda assim, a decisão de tratamento deve ser sempre baseada na constelação clínica e nunca nos achados dermatoscópicos isolados. Se esta lesão, por exemplo, ocorre na parte inferior da perna de uma mulher de meia-idade, acenda o sinal vermelho.



Figura 138 Nevo

Este nevo de Spitz (de Reed) em jato de tinta não é tão fácil de diagnosticar quanto o da Figura 137. Embora se possa observar um padrão estelar bem típico, há uma marcante assimetria pelo menos em um eixo, e, portanto, melanoma deve ser descartado, especialmente em adultos.

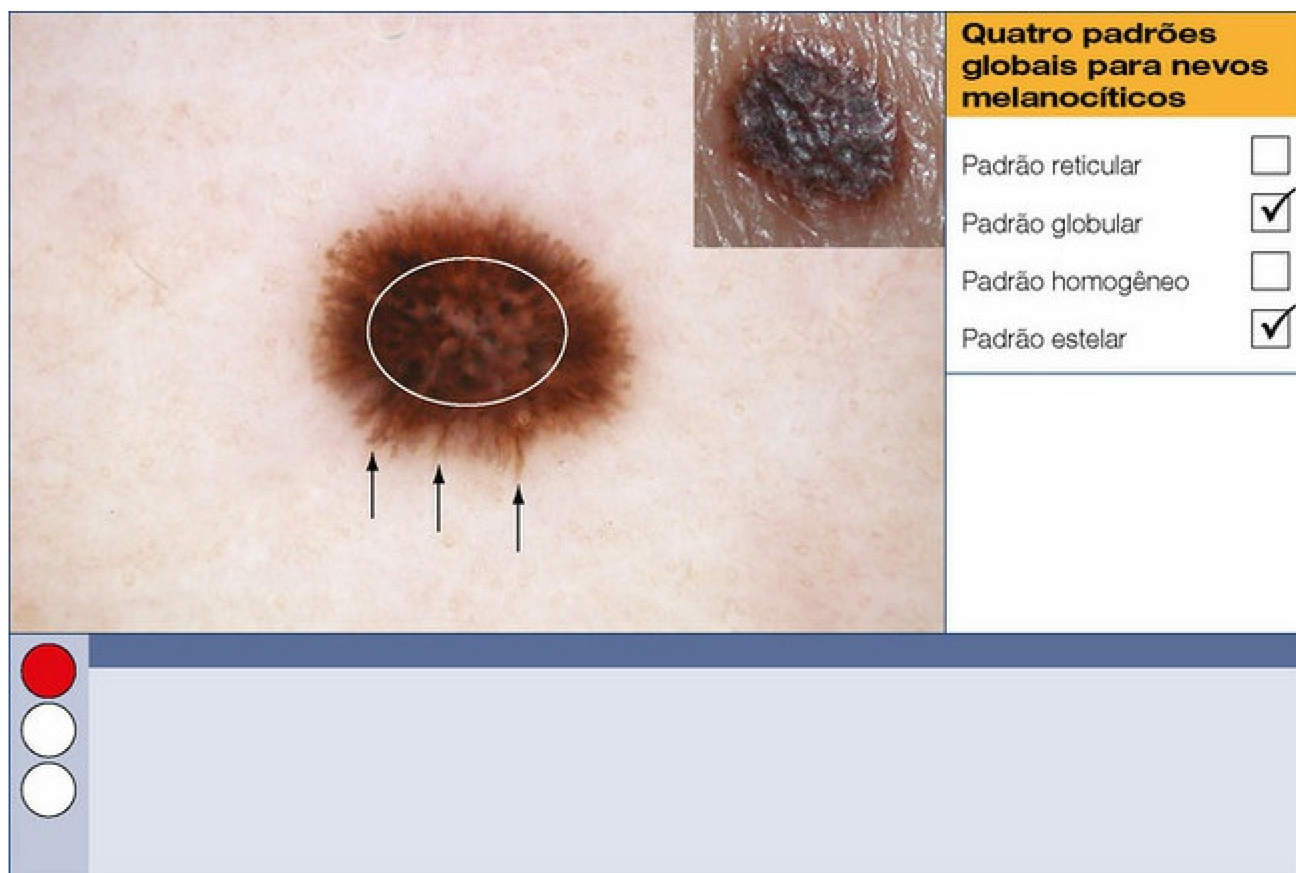


Figura 139 Nevo

Nevos de Spitz têm muitas faces! Este é mais difícil de diagnosticar, porque as características dermatoscópicas não são distintivas. Tem uma estrutura difusa central de azul-esbranquiçado difusa e, também, alguns pontos e glóbulos negros (círculo). Observe estrias (setas) dispostas radialmente ao longo da periferia da lesão sugestivas de um padrão estelar. O diagnóstico diferencial dermatoscópico inclui um nevo displásico (de Clark), um nevo de Spitz e um melanoma *in situ* e, portanto, deve ser extirpado.



Figura 140 Nevo

Esta lesão quase sem estrutura tem várias cores – uma coloração difusa de preto ao azul-esbranquiçado no centro e tons de marrom na periferia. Não existe uma rede pigmentar visível, mas pode-se reconhecer um indício de um padrão estelar. Se uma lesão não pode ser classificada com certeza, então ela deve ser retirada para descartar melanoma. A estrutura azul-esbranquiçada grande e o padrão estelar favorecem nevo de Spitz (de Reed) pigmentado.

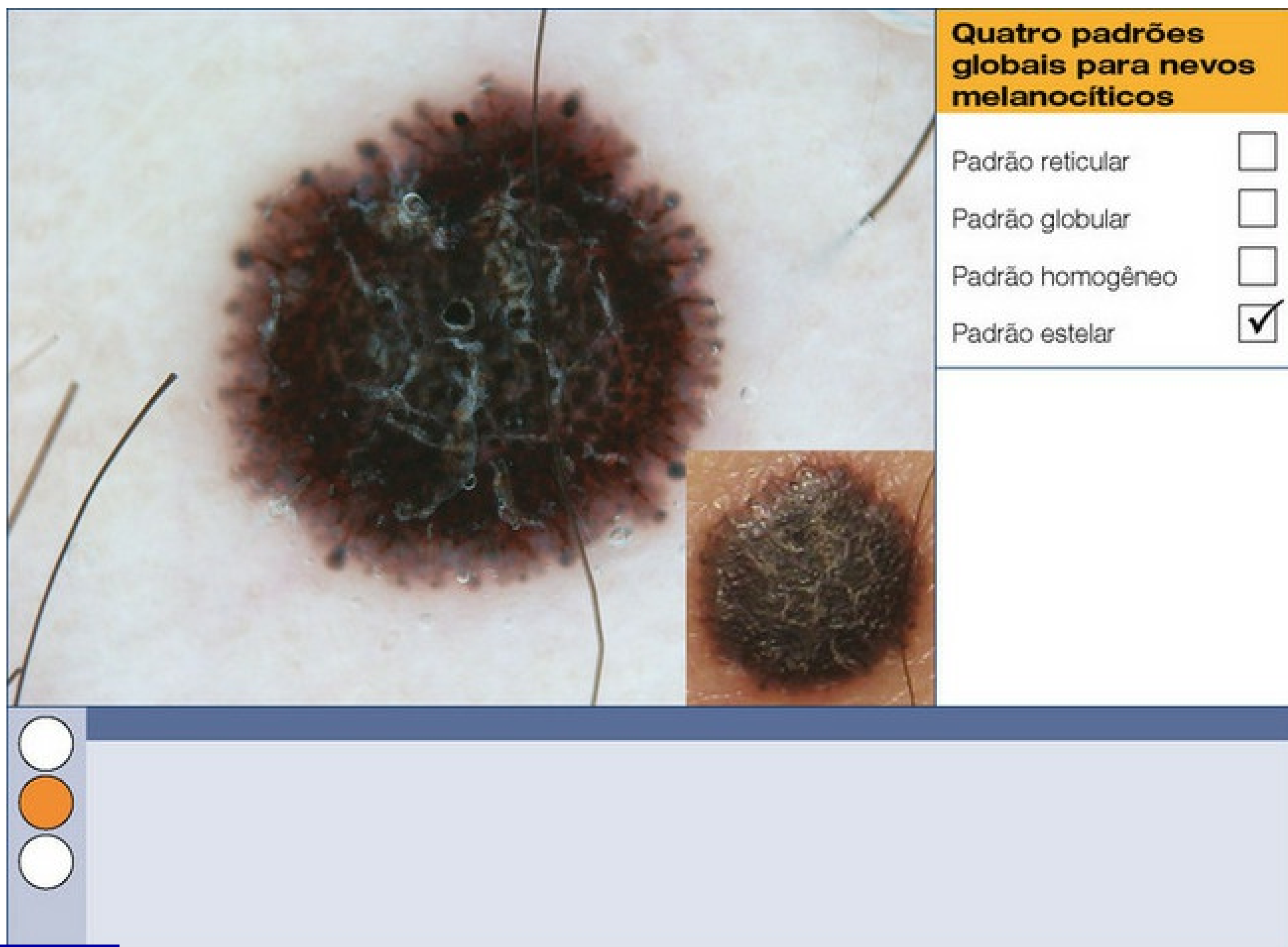


Figura 141 Nevo

Este nevo de Spitz pigmentado (ou de Reed) clinicamente mimetiza fortemente um melanoma. No entanto, dermatoscopicamente, um padrão estelar clássico pode ser reconhecido facilmente e, portanto, o diagnóstico de nevo pigmentado de células fusiformes (de Reed) (também chamado de nevo de Spitz) pode ser feito com confiança. Particularmente em crianças menores de 12 anos, esta lesão pode ser acompanhada e, com muita frequência, irá involuir em poucos anos. Em crianças mais velhas e em adultos jovens, uma lesão como esta sempre deve ser removida. Muito provavelmente você não observará uma lesão semelhante em adultos maiores de 40 anos.

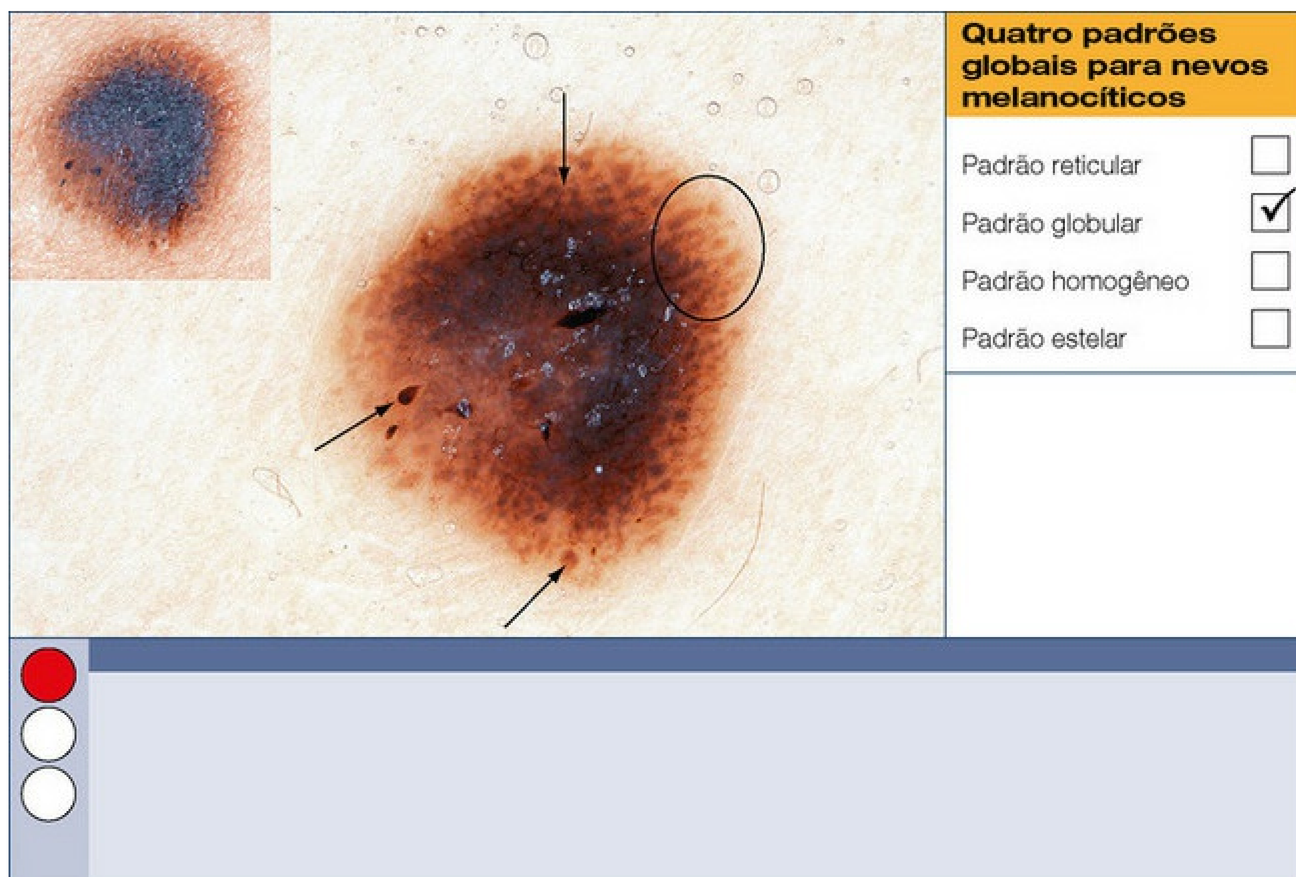


Figura 142 Nevo

Esta lesão pode ser categorizada como um tipo globular de nevo de Spitz. Por causa da assimetria e das várias cores, é outra lesão que simula um melanoma. Lembre-se de que a dermatoscopia não é 100% diagnóstica de qualquer lesão isolada. Existem inúmeros pontos e glóbulos (setas) assimetricamente localizados, estrias marrons irregulares (círculo) e estruturas azul-esbranquiçadas.



Figura 143 Nevo

Este nevo de Spitz pigmentado é caracterizado por um padrão globular novamente imitando melanoma. Há uma estrutura azul-esbranquiçada central e vários pontos e glóbulos pretos irregulares, mais ou menos desigualmente distribuídos por toda a lesão, criando assimetria estrutural. Não se pode identificar rede pigmentar. Pelo fato de esta lesão estar presente em um adulto jovem, uma biopsia excisional foi realizada imediatamente. Felizmente, o diagnóstico final histopatológico foi um nevo de Spitz.

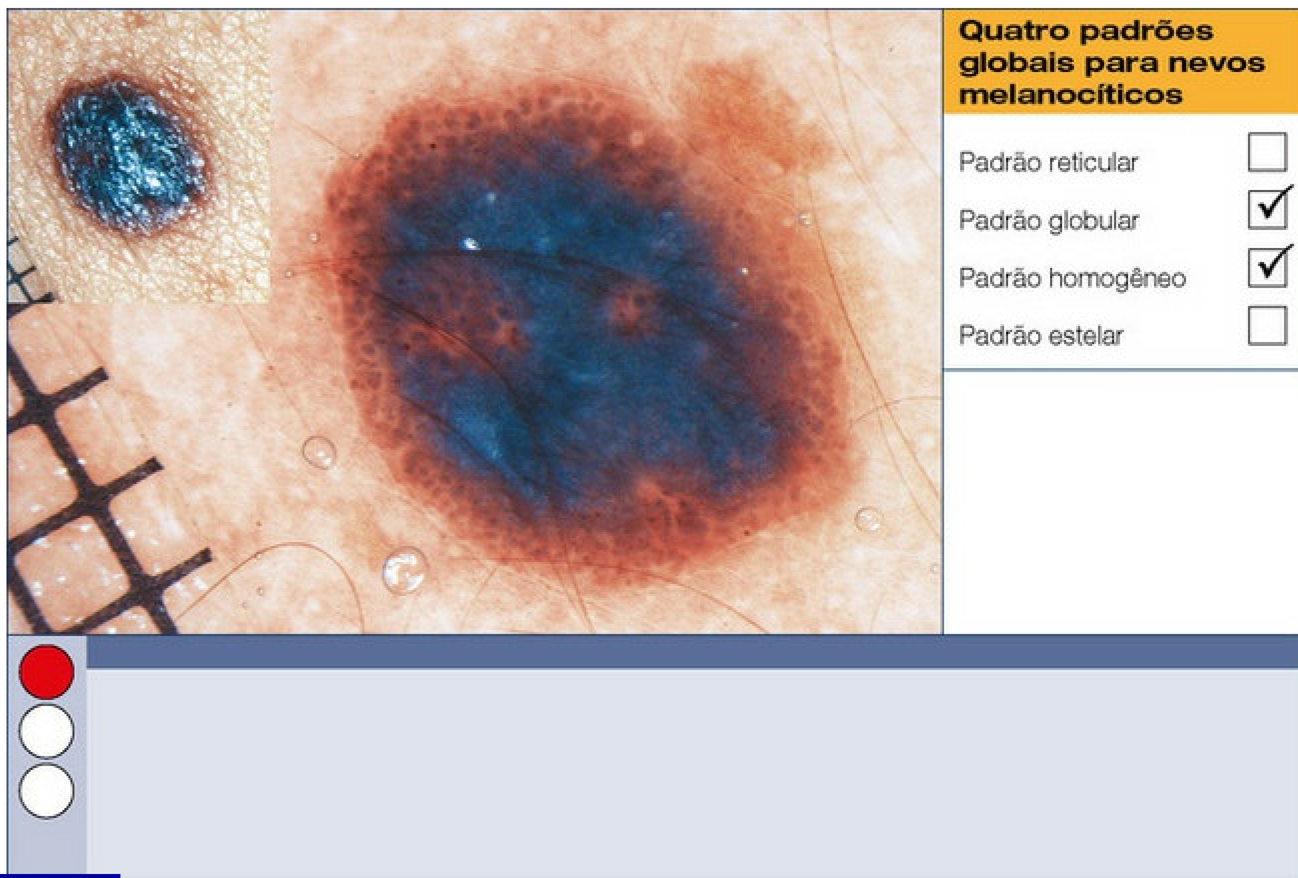


Figura 144 Nevo

Na impressão inicial, esta lesão deve parecer de alto risco, porque é demasiadamente escura. Lembre-se de que a cor preta nem sempre é um mau sinal. Esta é outra variação de um nevo de Spitz homogêneo e globular. Dermatoscopicamente, é uma lesão simétrica caracterizada por uma zona central homogênea grande de pigmentação escura, cercada por uma borda fina de pontos e glóbulos marrons. Uma estrutura de azul esbranquiçada sutil também pode ser observada em todo o centro da lesão. Não se pode descartar melanoma com certeza; portanto, esta lesão deve ser excisada.

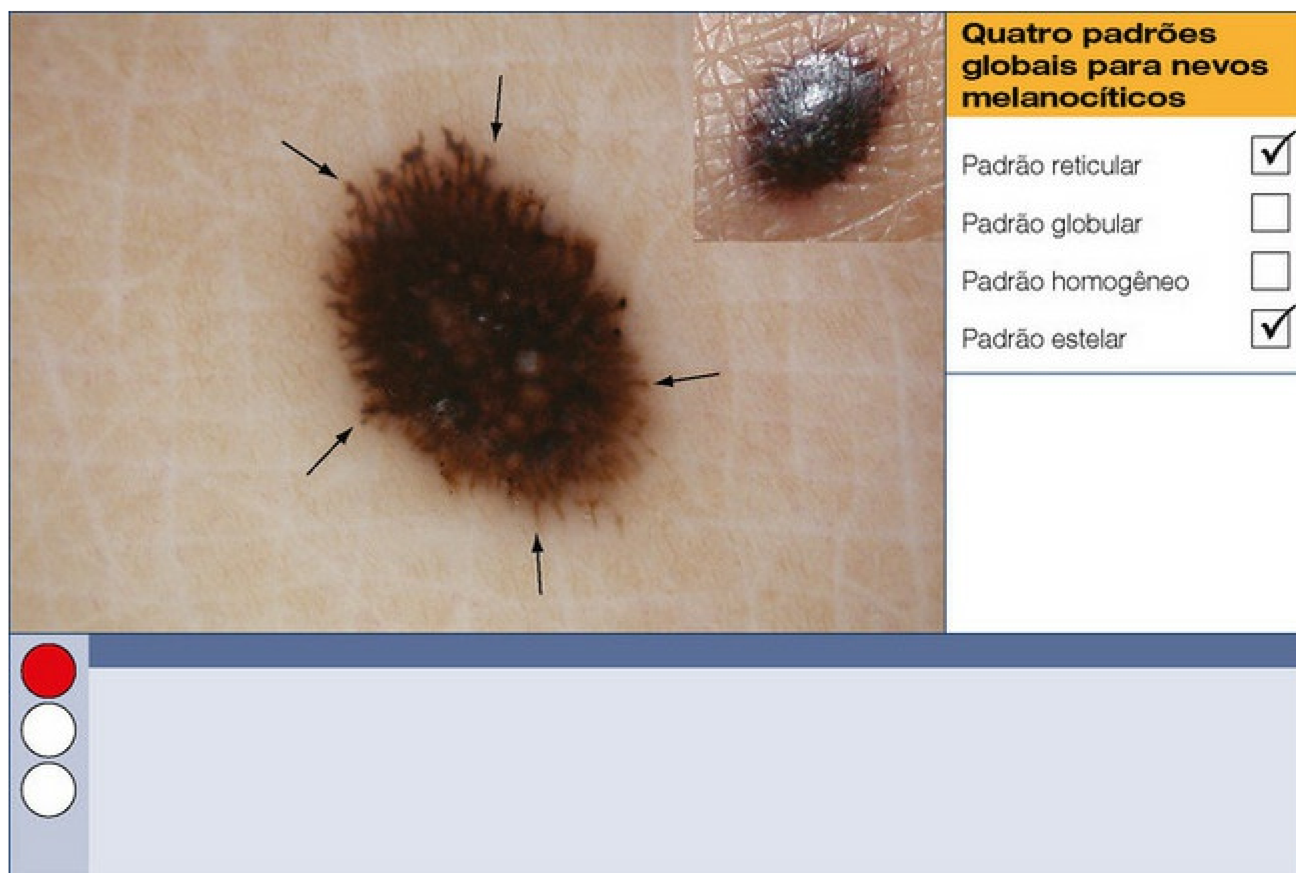


Figura 145 Nevo

Um dermoscopista muito experiente pode reconhecer isso como um nevo de Spitz pigmentado (nevo de Reed). Há uma rede pigmentar superficial preta e um padrão estelar bastante típico, com inúmeras estrias (setas) alinhadas ao longo da circunferência da lesão. Ainda assim, recomendamos a excisão desta lesão clínica e também dermatoscopicamente preocupante. Não seja um "herói" e remova qualquer lesão pigmentada quando não estiver absolutamente confiante. Tenha em mente que cerca de 20% dos nevos de Spitz podem imitar clínica e dermatoscopicamente um melanoma.



Figura 146 Nevo

Esta lesão em forma de cúpula revela dermatoscopicamente vários pontos e glóbulos marrons a pretos distribuídos de maneira desigual em toda a lesão. O diagnóstico diferencial deste nevo de Spitz é um melanoma nodular inicial e, portanto, a excisão desta lesão é obrigatória! Fique feliz quando o patologista finalmente diagnosticar aqui um nevo de Spitz.



Figura 147 Nevo

Esta lesão rosa homogêneo-globular não parece particularmente preocupante, mas é um nevo de Spitz simulando melanoma amelanótico. O aspecto mais notável desta lesão é uma rede pigmentar central negativa, também chamada de despigmentação reticular. Há uma pigmentação rosada bastante homogênea por toda parte. Existem também inúmeros pontos marrom-claros a rosados em toda a lesão, mas é preciso procurar muito para encontrá-los. Lesões rosadas relativamente indistintas devem ser extirpadas, porque ocasionalmente são melanomas. Cuidado com a cor rosa!



Figura 148 Nevo

Difícil acreditar que isto não é um melanoma – é um nevo combinado composto por nevo de células fusiformes pigmentado (de Reed) (nevo pigmentado de Spitz), com um padrão estelar bastante estereotípico no lado direito e um tipo globular-reticular incomum de nevo displásico (de Clark) do lado esquerdo. Não há dúvida de que uma lesão que apresenta este grau de assimetria na cor, forma e estrutura precisa ser extirpada. E mesmo quando o seu patologista diagnostica esta lesão como um nevo benigno, recomendamos discussão com ele para certificar-se de que não se negligenciou um melanoma.

Diagnóstico de melanoma usando cinco critérios específicos para melanoma

O melanoma é mais frequentemente caracterizado por uma aparência global de múltiplos componentes. O padrão de multicomponentes é definido como a presença de três ou mais áreas dermatoscópicas distintas dentro de uma determinada lesão. Por exemplo, pode ser composta de zonas separadas de rede pigmentar, aglomerados de pontos e glóbulos e áreas de hiperpigmentação ou hipopigmentação difusa. Muitas combinações de critérios podem ser observadas com este padrão global de alto risco. Isso é altamente sugestivo de melanoma, mas também pode ser encontrado no carcinoma basocelular. Raramente, é observado em nevos adquiridos e congênitos e

em lesões não melanocíticas, como ceratoses seborreicas ou angioceratomas.

Para diagnosticar o melanoma, procure critérios específicos para melanoma em uma lesão. Os critérios específicos para melanoma podem ser observados em lesões benignas e malignas, porém são mais específicos para melanomas. Encontrar um ou dois é suficiente para justificar um diagnóstico histopatológico.

Rede pigmentar atípica

Uma rede pigmentar de baixo risco pode surgir como uma grade fina delicada ou um padrão de favo de mel de linhas marrons sobre um fundo marrom-claro difuso. Histopatologicamente, as linhas da rede pigmentar representam cristas interpapilares alongadas e hiperpigmentadas, ao passo que as áreas mais claras entre as linhas são papilas dérmicas. Este critério representa a marca dermatoscópica de lesões melanocíticas. As alterações são úteis para diferenciar entre proliferações melanocíticas benignas e malignas.

Uma rede pigmentar atípica é caracterizada por segmentos lineares pretos, marrons ou cinza espessos e ramificados, distribuídos irregularmente ao longo da lesão. A terminação abrupta de uma rede pigmentar atípica na periferia de uma lesão é ainda mais sugestiva de melanoma.

Estrias irregulares

Estrias são estruturas lineares escuras de espessura variável encontradas na periferia de uma lesão. O termo "estrias" inclui estriação radial e pseudópodes, que são variações do mesmo critério. As estrias representam ninhos distintos, lineares, fortemente pigmentados, juncionais, de melanócitos atípicos. Embora as estrias possam ser encontradas em lesões melanocíticas benignas e malignas, elas são mais específicas para melanoma, especialmente quando são desigualmente distribuídas em uma lesão. Um arranjo simétrico de estrias em torno de uma lesão inteira é mais frequentemente encontrado em nevos de Spitz, mas este padrão também pode ser visto em melanomas.

Pontos e glóbulos irregulares

Pontos e glóbulos são estruturas bem circunscritas, redondas ou ovais, de tamanhos variados, pretas, marrons ou cinza, que podem ser subdivididas como regulares ou irregulares com base em seu tamanho, forma e distribuição em uma lesão. Pontos e glóbulos irregulares têm tamanhos e formas diferentes e são desigualmente distribuídos ao longo de uma lesão.

Histopatologicamente, pontos e glóbulos podem representar agregações de melanócitos pigmentados, melanófagos ou, até mesmo, grupos de melanina. Pontos e glóbulos podem ser encontrados em lesões melanocíticas benignas e malignas e são geralmente irregulares em melanomas.

Manchas irregulares

As manchas referem-se a vários tons de hiperpigmentação difusa que obscurecem o reconhecimento de outras características dermatoscópicas, como rede pigmentar, pontos e glóbulos. As manchas irregulares variam em tamanho e formato com bordas irregulares. Uma mancha bem demarcada na periferia é muito sugestiva de melanoma.

Em nível histopatológico, as manchas representam estruturas histopatológicas que compartilham pigmentação melânica pronunciada por toda a epiderme e derme superior. Manchas regulares localizadas ou difusas são sugestivas de lesões benignas, enquanto manchas irregulares localizadas ou difusas favorecem a malignidade.

Estruturas azul-esbranquiçadas

As estruturas azul-esbranquiçadas podem aparecer como áreas despigmentadas semelhantes a cicatrizes brancas (cor branco-óssea-leitosa) ou áreas desestruturadas azuladas ou combinações de ambas as cores. Não confunda áreas semelhantes a cicatrizes brancas com hipopigmentação comumente observada em lesões benignas. Estruturas azul-esbranquiçadas representam uma epiderme acantótica com ortoceratose compacta e hipergranulose pronunciada que recobre uma área grande que contém melanina, como ninhos confluentes de melanócitos fortemente pigmentados ou melanófagos na derme superior, com quantidades variáveis de fibrose. Sejam quais forem as variações de cor observadas, estruturas azul-esbranquiçadas são o critério de alto risco mais frequentemente encontrado em melanomas. Estruturas azul-esbranquiçadas também podem ser observadas em nevos de Spitz e de Clark (displásicos).

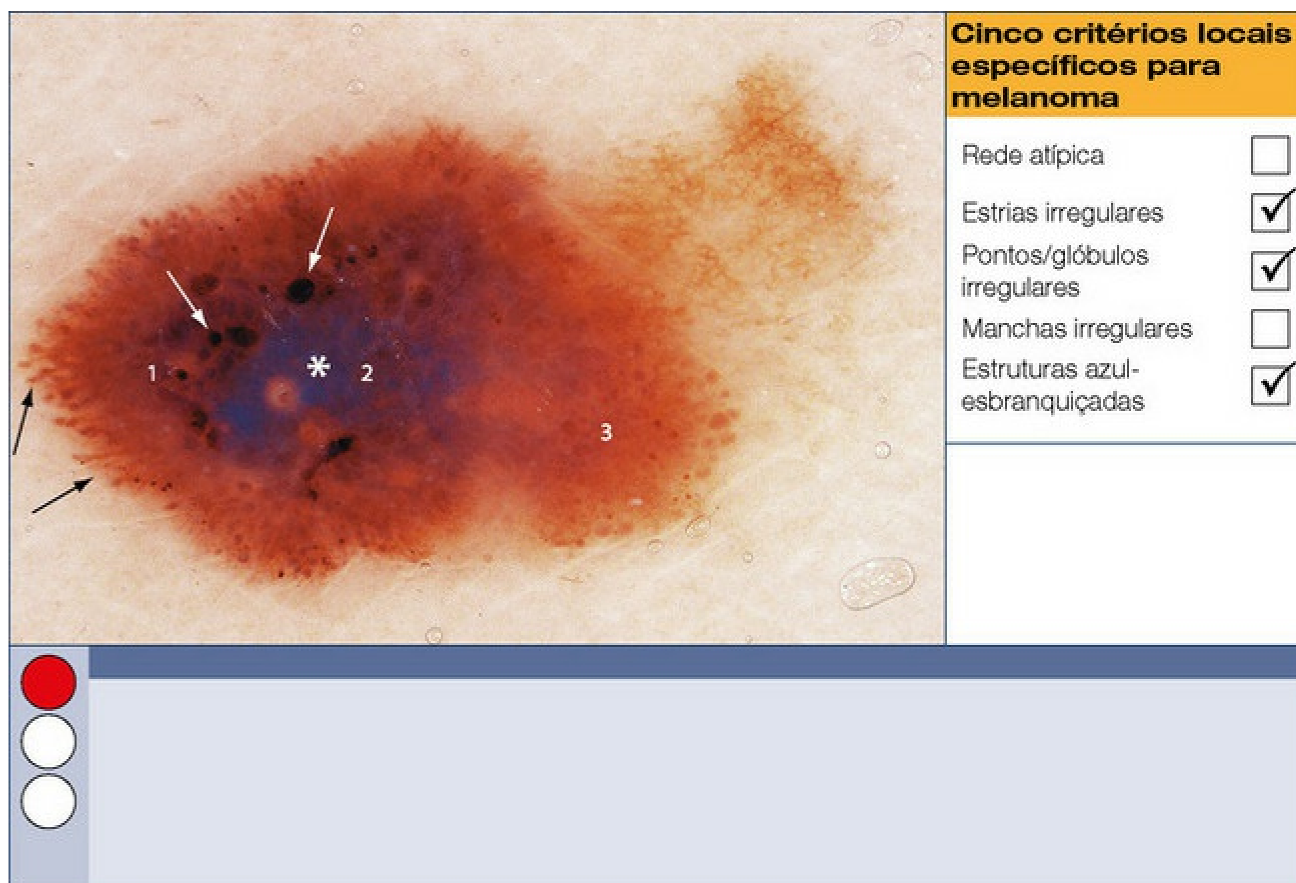


Figura 149 Melanoma

Este melanoma demonstra assimetria significativa de cor e estrutura, várias cores vivas e um padrão de multicomponentes global (1, 2, 3). Os critérios específicos para melanoma são mais que suficientes para fazer o diagnóstico dermatoscópico, com pontos irregulares, assimetricamente localizados (setas pretas), pontos e glóbulos irregulares (setas brancas) e estruturas azuis (asterisco).

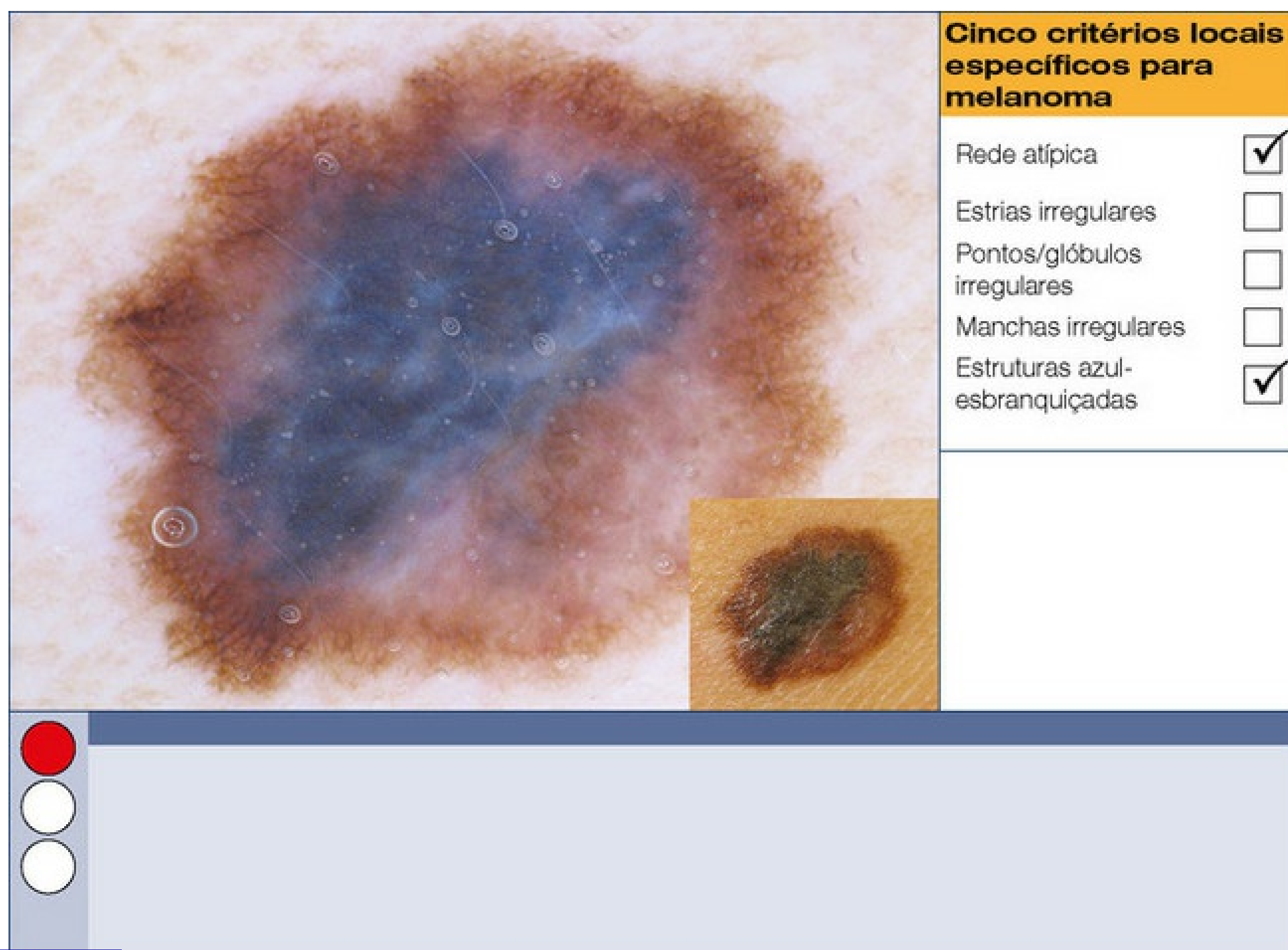


Figura 150 Melanoma

Notavelmente, este melanoma dermatoscopicamente direto mostra apenas assimetria sutil de cor e estrutura. Os critérios específicos para melanoma encontrados nesta lesão incluem uma rede pigmentar atípica em distribuição semelhante a um anel ao longo da circunferência de toda a lesão e uma grande área central coberta com estruturas azul-esbranquiçadas.



Figura 151 Melanoma

Esta lesão em preto-escuro, nitidamente circunscrita, apresenta assimetria de cor, forma e estrutura. Além de uma estrutura azul-esbranquiçada de grande porte, há pelo menos três critérios específicos para melanoma relevantes presentes, embora não muito proeminentes. Reminiscências de uma rede pigmentar atípica são visíveis na posição de 11 horas (círculo), poucos pontos/glóbulos atípicos estão presentes adjacentes a ela (asterisco), e variações sobre o tema de estrias irregulares são observadas ao longo da periferia da lesão (setas). Uma constelação de achados dermatoscópicos como esta possibilita fazer o diagnóstico de um melanoma com nível muito elevado de confiança.



Figura 152 Melanoma

Esta lesão pode ser diagnosticada como lentigo solar incomum ou atípico por causa do aspecto da borda semelhante a um roído de traça. No entanto, é muito preocupante, porque há assimetria significativa de cor e estrutura e presença de estruturas azul-esbranquiçadas (círculo), algumas estrias irregulares (setas) e também pontos/glóbulos irregulares em toda a lesão. Além disso, existem áreas com indícios de uma rede pigmentar atípica. A constelação de achados é praticamente diagnóstica de um melanoma na pele moderadamente danificada pelo sol.

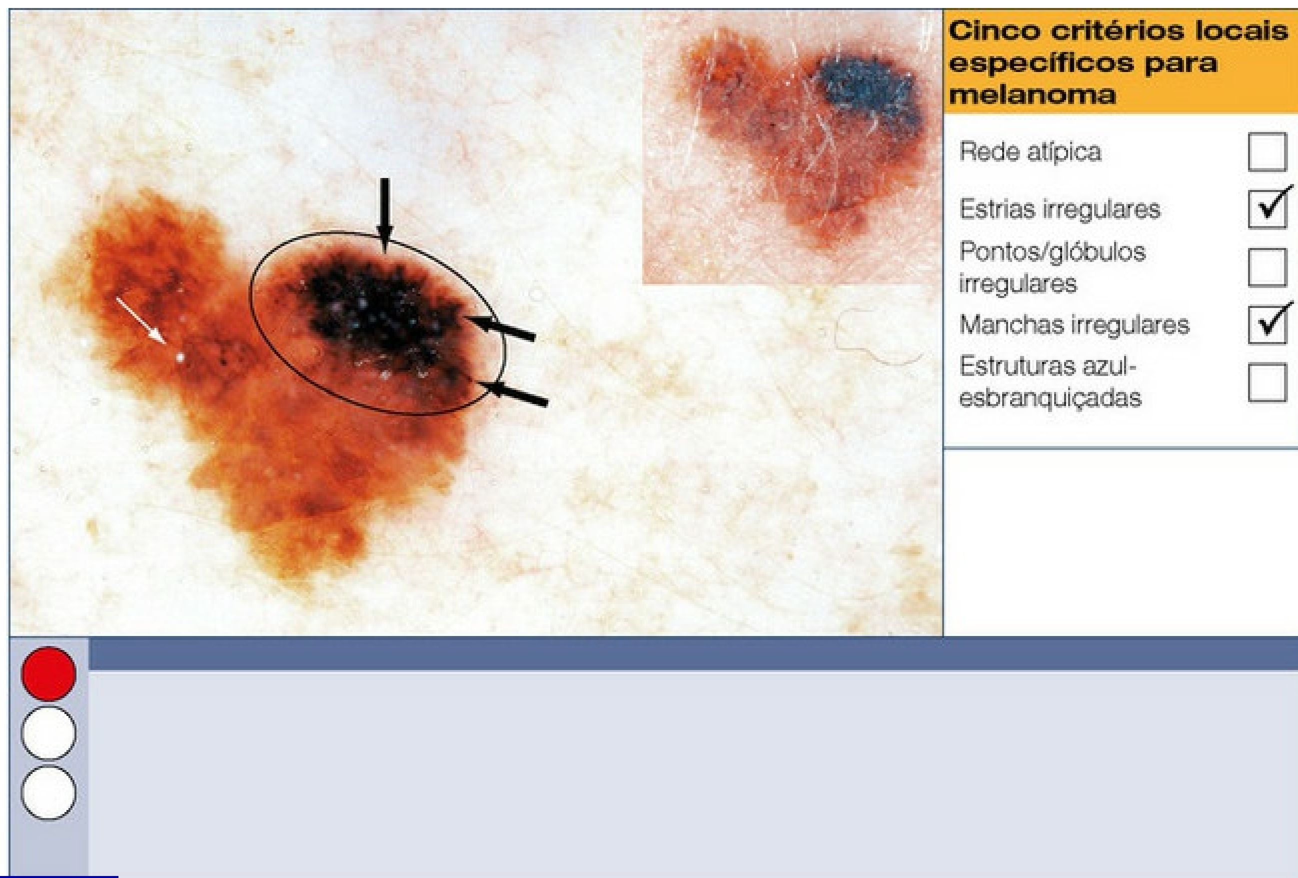


Figura 153 Melanoma

Os pontos brancos (seta branca) não são cistos semelhantes a *milium*, mas artefatos de reflexão a partir da fotografia desta lesão sob imersão em óleo. Esta lesão tem apenas dois critérios específicos para melanoma. Um deles é evidente – a mancha irregular (círculo)–, e o outro é difícil de encontrar – estrias irregulares dentro da mancha (setas pretas). Sempre concentre a atenção e procure critérios específicos para melanoma sutis em uma lesão aparentemente benigna. A mancha irregular muito escura e assimetricamente localizada é preocupante por si só o suficiente para justificar uma excisão.

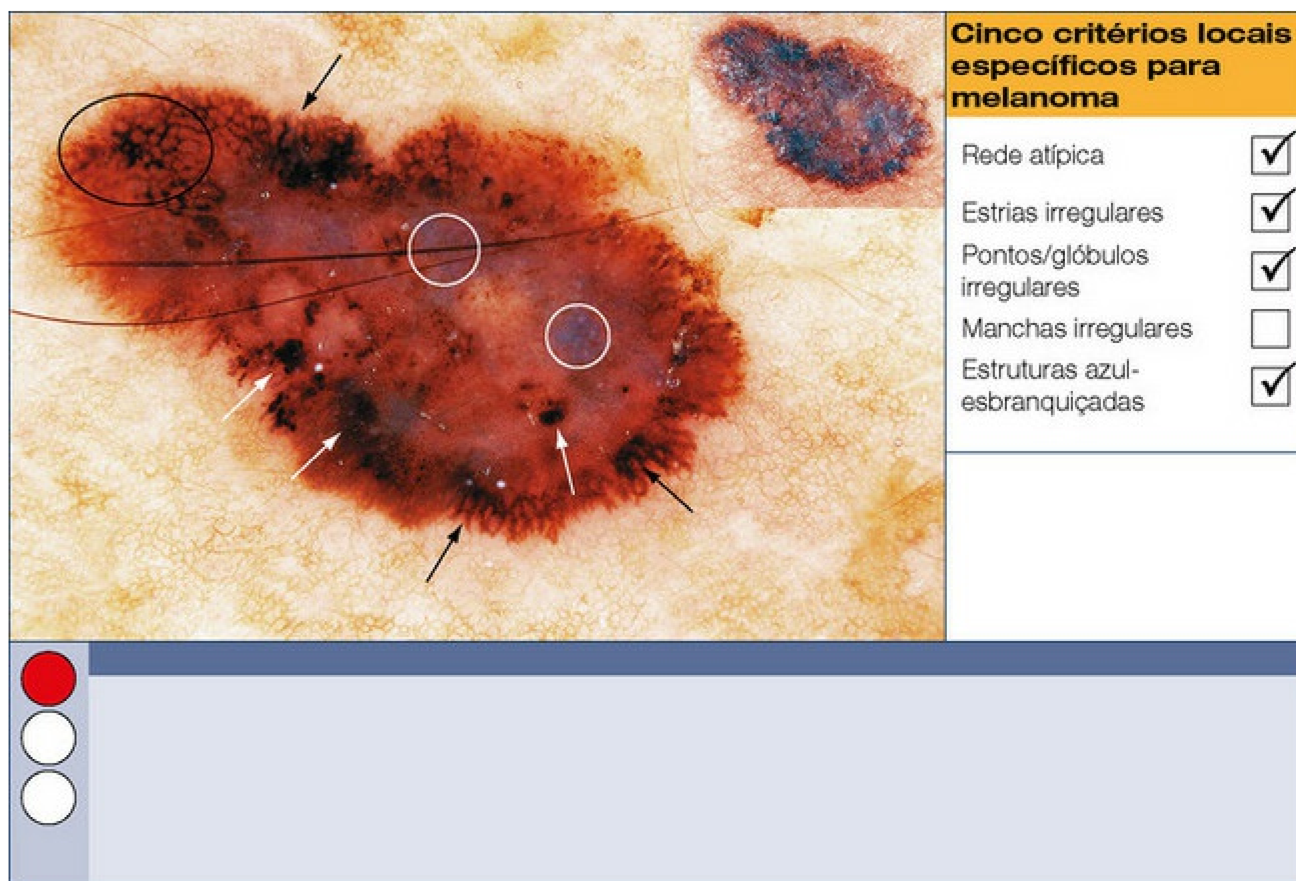


Figura 154 Melanoma

Este melanoma tem todos os critérios específicos para melanoma de nosso algoritmo e deve ser fácil de diagnosticar. Existem áreas com uma rede pigmentar atípica (círculo preto), estrias irregulares assimetricamente localizadas na lesão (setas pretas), pontos e glóbulos irregulares (setas brancas) e estruturas azul-esbranquiçadas (círculos brancos). Clinicamente, esta lesão estava na zona cinzenta de suspeita, mas esta imagem dermatoscópica não deixa dúvidas de que se trata de um melanoma.

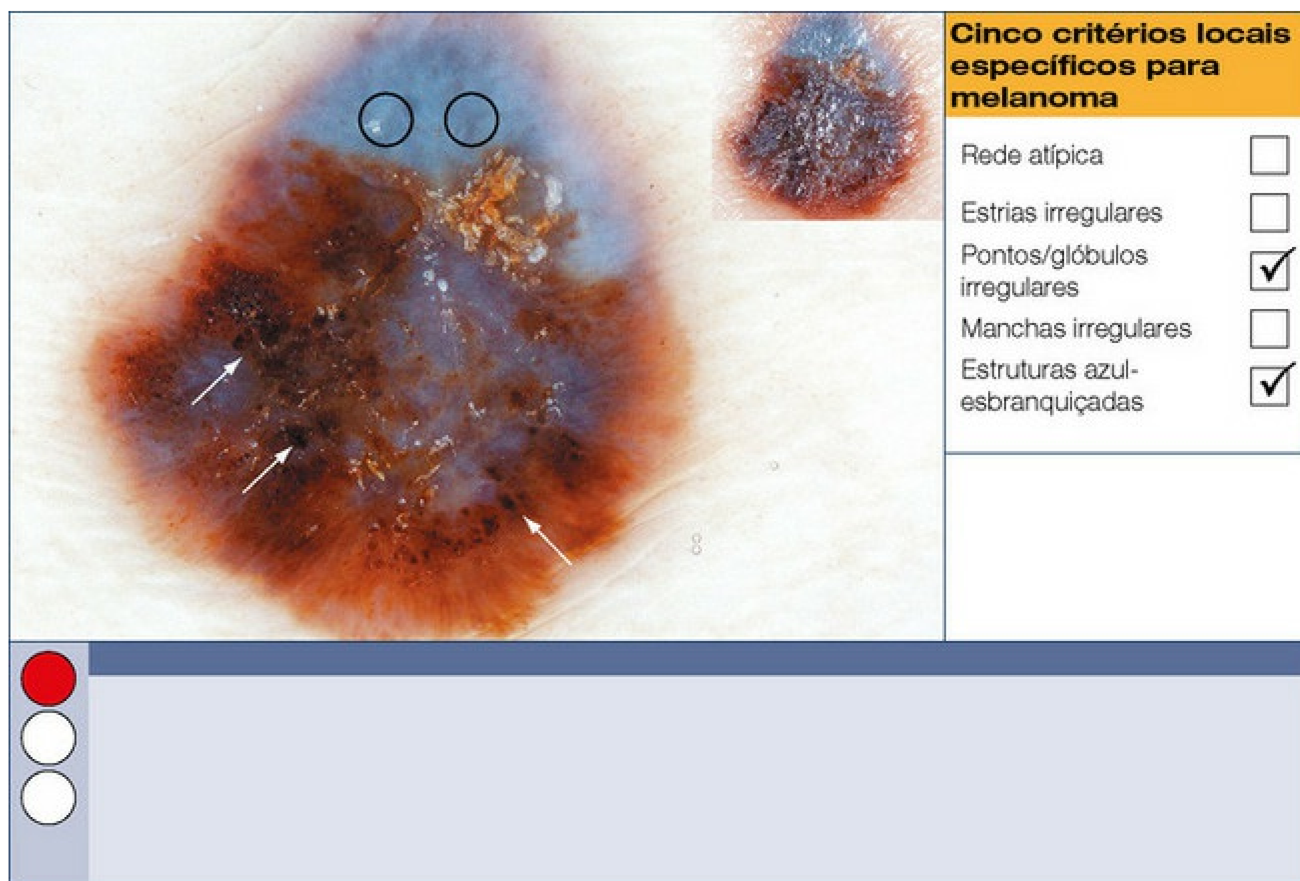


Figura 155 Melanoma

As estruturas azul-esbranquiçadas evidentemente presentes (pequenos círculos pretos) e os pontos e glóbulos irregulares (setas brancas) significam que este é um melanoma. A assimetria significativa de cor e estrutura mais a presença de dois critérios específicos para melanoma proeminentes devem ser indícios suficientes para o dermoscopista novato remover uma lesão com esse aspecto.

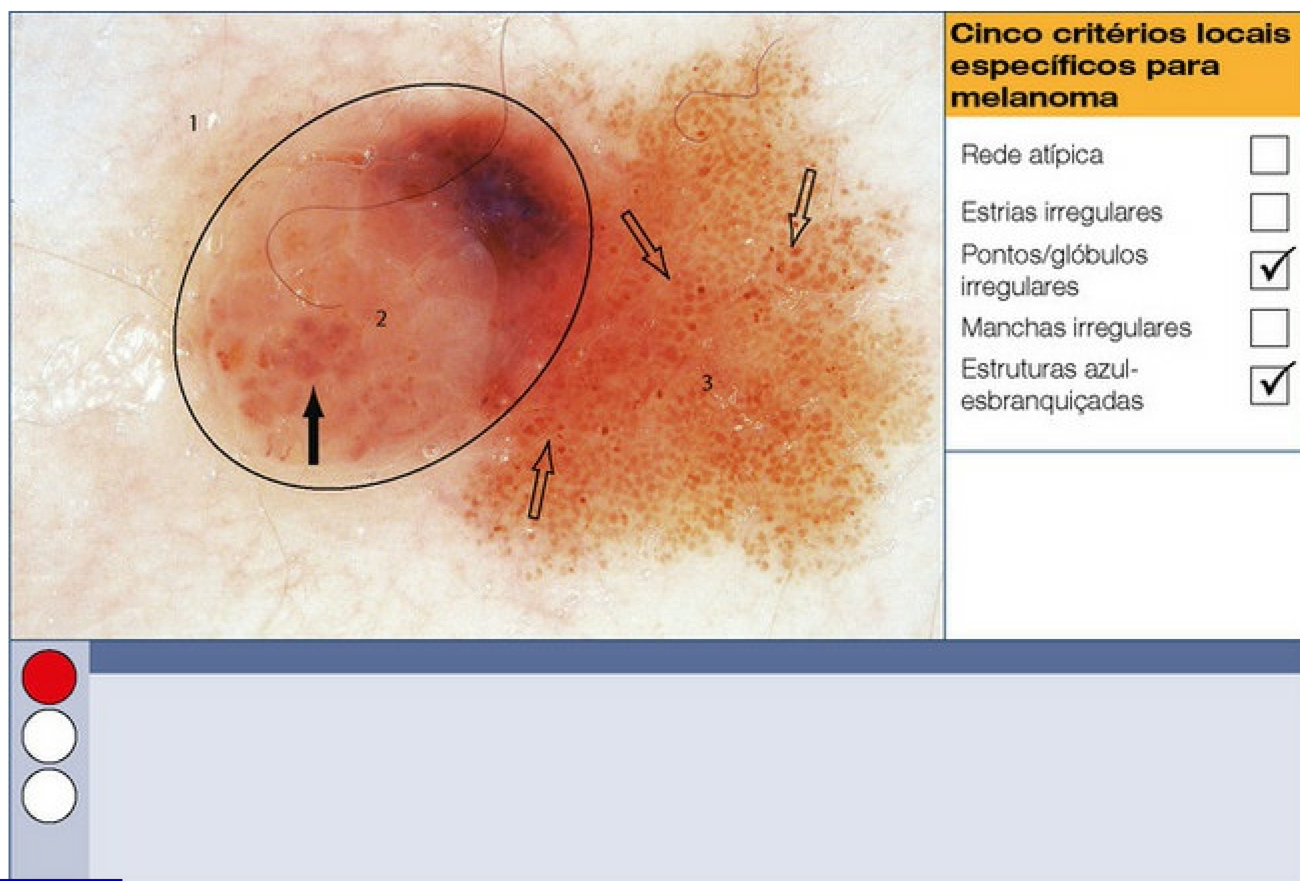


Figura 156 Melanoma

Este melanoma é mais difícil de diagnosticar do que o da Figura 155. A cor rosada (seta sólida), a estrutura azul-esbranquiçada grande (círculo) e o padrão global de multicomponentes (1, 2, 3) são critérios preocupantes. Esta lesão também tem pontos e glóbulos irregulares (setas abertas). Essa combinação de critérios é mais que suficiente para justificar a excisão.

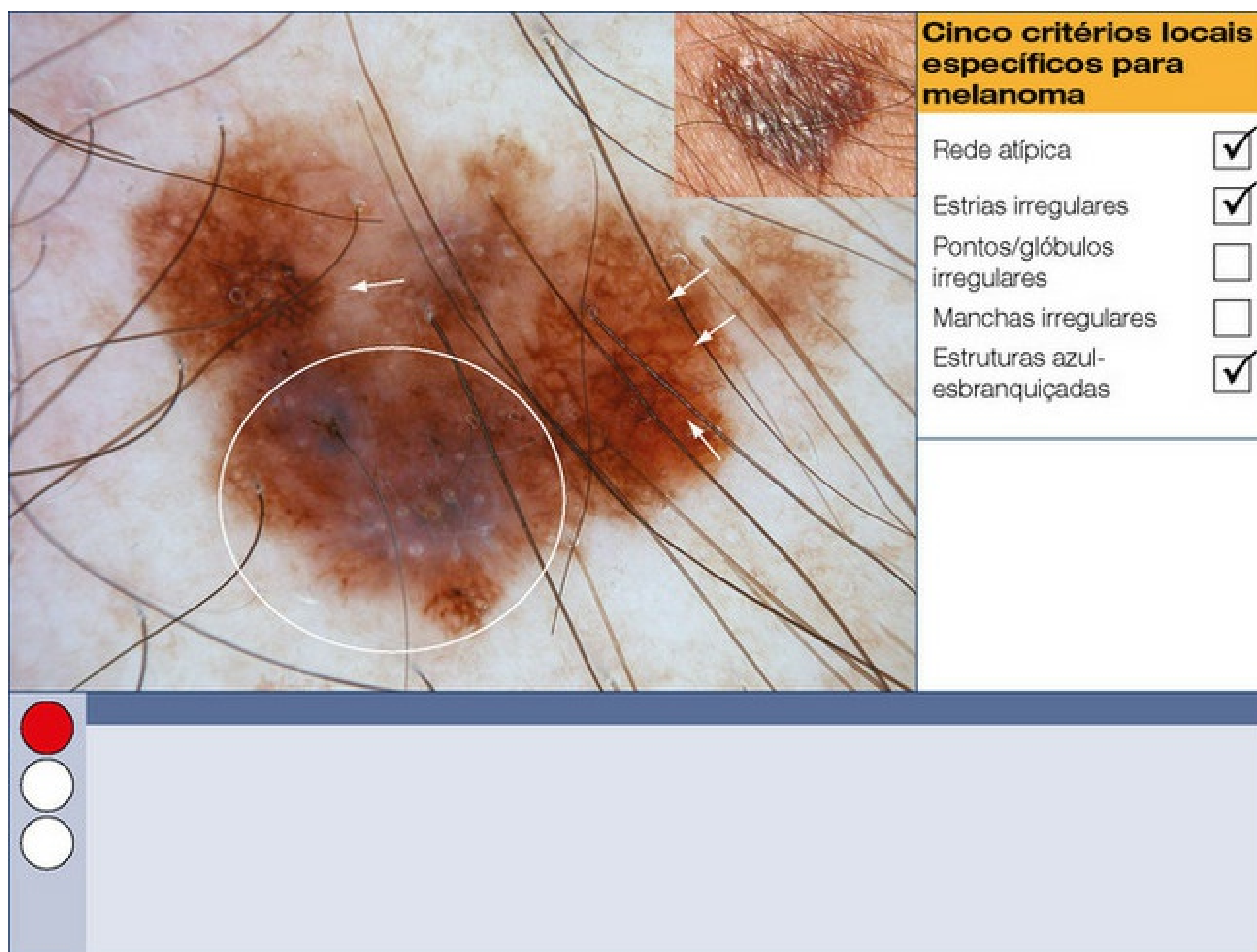


Figura 157 Melanoma

Esta lesão notavelmente assimétrica é preocupante já à primeira vista, embora raramente o exame histopatológico de uma lesão como esta venha a revelar apenas um nevo displásico (de Clark) com atipia grave. Nosso patologista diagnosticou um melanoma aqui. Os critérios específicos para melanoma que destacam o diagnóstico são uma estrutura azul-esbranquiçada (círculo) na metade inferior da lesão e alguns focos de uma rede atípica (setas). Observe que a rede atípica poderia facilmente ser interpretada também como estrias irregulares com tendência a formar uma rede. Alguns colegas acham que as muitas faces morfológicas observadas com a dermatoscopia poderiam até ser usadas para um teste de Rorschach!

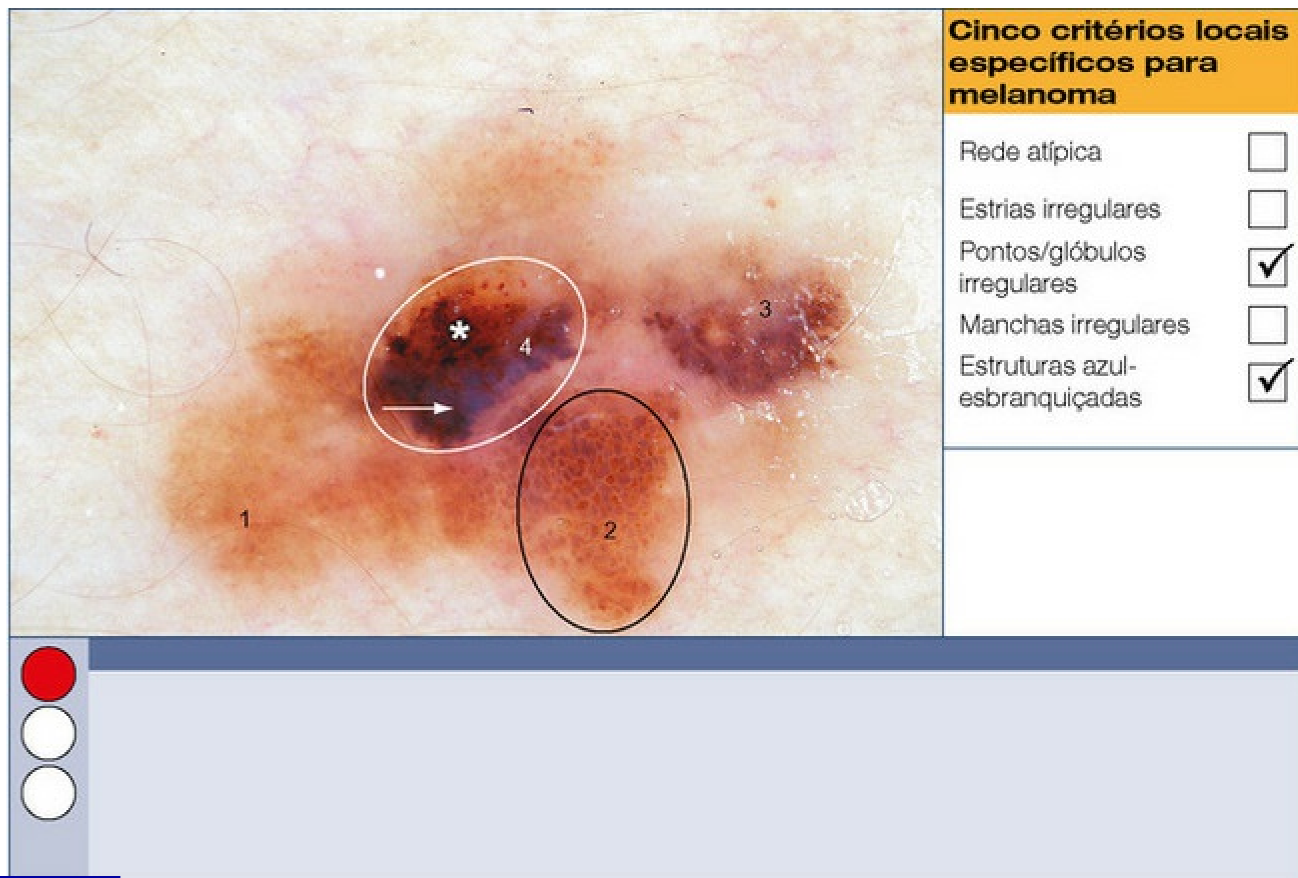


Figura 158 Melanoma

Este é um melanoma proveniente de um nevo. Os restos do padrão globular do nevo ainda são evidentes (círculo preto). Por definição, a área escura não seria considerada como uma mancha irregular (círculo branco), porque contém pontos e glóbulos irregulares (asterisco) e uma estrutura azul-esbranquiçada (seta). Deve ser indistinta. Dois dos cinco critérios específicos para melanoma estão presentes, mais um padrão global de multicomponentes (1, 2, 3, 4) e múltiplas cores vivas. No entanto, não importa quão preocupante possa parecer uma imagem dermatoscópica, algumas lesões de aparência pior vêm a ser benignas.



Figura 159 Melanoma

Esta lesão é difícil de diagnosticar porque se pode facilmente interpretá-la clínica e dermoscopicamente como ceratose seborreica irritada. Tenha em mente que também um melanoma pode estar irritado! Há apenas ligeira assimetria na forma e nem mesmo um indício de uma rede pigmentar. No entanto, há uma mancha irregular de grandes dimensões (círculo) e poucos pontos/glóbulos (setas) irregulares que provavelmente representam crostas hemorrágicas antigas deste melanoma nodular fino ulcerado. Observe a estrutura azul-esbranquiçada que representa o fundo da lesão, assim como a borda avermelhada fina particularmente bem visível na metade esquerda da lesão.



Figura 160 Melanoma

Este é outro exemplo de um melanoma superficial que, às vezes, até histopatologicamente é muito difícil de diferenciar do nevo displásico (de Clark) com atipia grave. A assimetria de cor e estrutura atribuída à presença de estrias irregulares (asteriscos) e pontos/glóbulos (setas) irregulares leva até mesmo o novato ao diagnóstico de um melanoma. Além disso, há estruturas azul-esbranquiçadas claramente visíveis nas partes centrais desta lesão.



Figura 161 Melanoma

Seria muito incomum (embora não impossível) visualizar estrutura azul-esbranquiçada tão vívida e assimetria de critérios em uma lesão benigna. Há uma rede pigmentar atípica (círculos pretos). Não confunda os pontos e glóbulos irregulares (setas) com as aberturas foliculares de uma ceratose seborreica. Existem também várias áreas com manchas irregulares (círculos brancos). Este melanoma tem quatro critérios específicos para melanoma; alguns são fáceis de ver e outros poderiam passar despercebidos. Não é necessário identificar todos os cinco critérios para fazer este diagnóstico dermatoscópico.

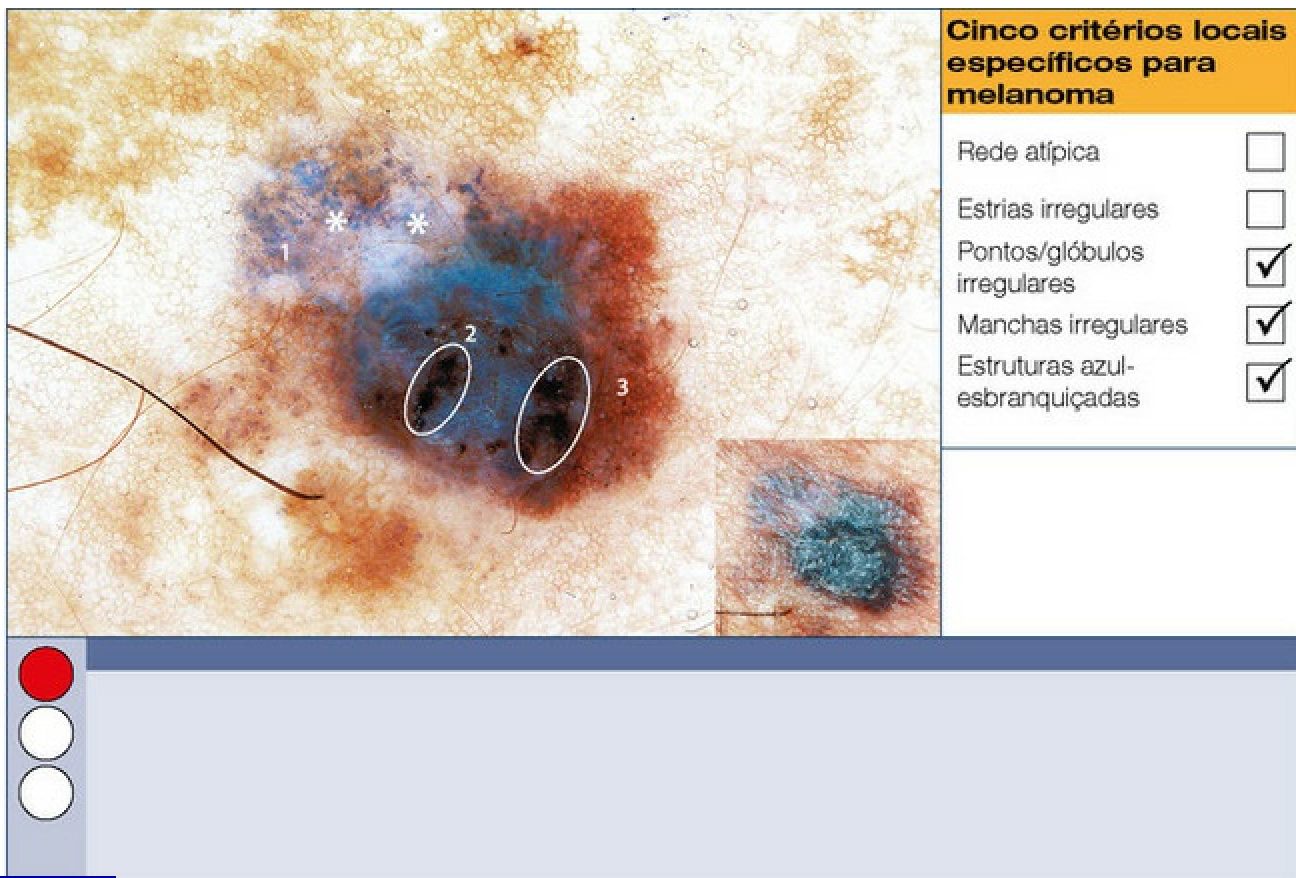


Figura 162 Melanoma

Esta é uma lesão pequena, mas as estruturas azul-esbranquiçadas e as manchas irregulares (círculos brancos) a tornam preocupante. Pode-se argumentar se a rede pigmentar é típica ou atípica. Existem diferentes áreas com pontos e glóbulos irregulares. Alguns são pretos e outros são azulados e "semelhantes a pimenta", representando melanófagos (asteriscos). O padrão global de multicomponentes (1, 2, 3), estruturas azul-esbranquiçadas e manchas irregulares fornece critérios mais do que suficientes para fazer o diagnóstico provisório dermatoscópico de melanoma.



Figura 163 Melanoma

Em alguns casos, o diagnóstico de melanomas superficiais é muito simples e nunca deve passar despercebido, particularmente quando se aplica a dermatoscopia. Obviamente, na parte superior esquerda deste melanoma, observam-se alterações regressivas; sob os demais aspectos, esta lesão revela todos os critérios dermatoscópicos esterotípicos de um melanoma de desenvolvimento completo. Não raro, há uma sobreposição entre estrias irregulares e manchas irregulares (círculos). Note que cada um dos critérios dermatoscópicos tem uma grande variação de seus aspectos e detalhes morfológicos. Nunca se esqueça que os melanomas não leem livros!

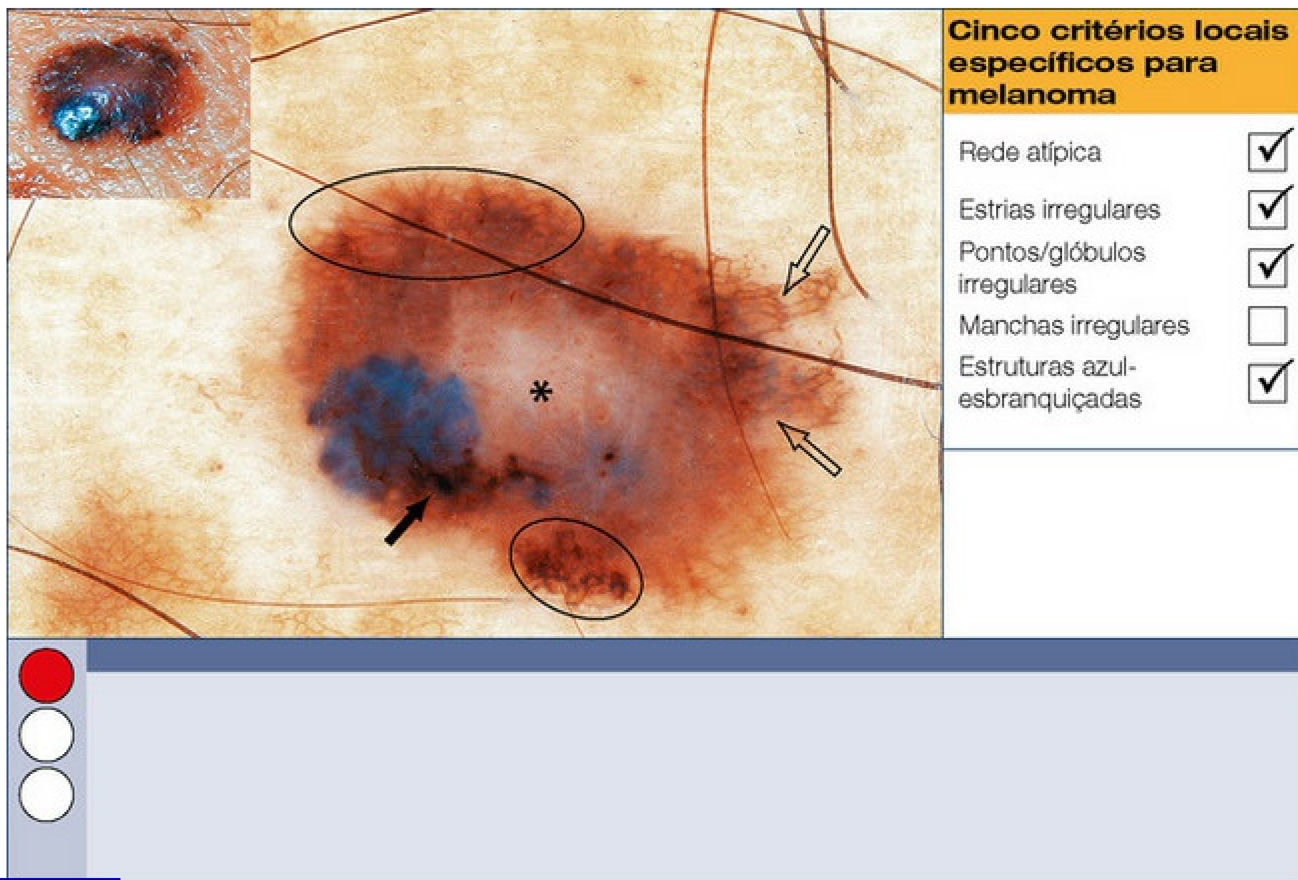


Figura 164 Melanoma

Clinicamente, esta é uma lesão relativamente simétrica, mas não há assimetria de cor e estrutura quando observada com dermatoscopia, e verifica-se um padrão global de multicomponentes. A estrutura azul-esbranquiçada (asterisco) é o indício mais evidente de que este poderia ser um melanoma. A rede pigmentar é atípica (círculos), com um foco de difícil visualização das estrias (setas abertas). Há também pontos e glóbulos irregulares (seta sólida). Mais uma vez, alguns critérios são mais fáceis de ver do que outros.

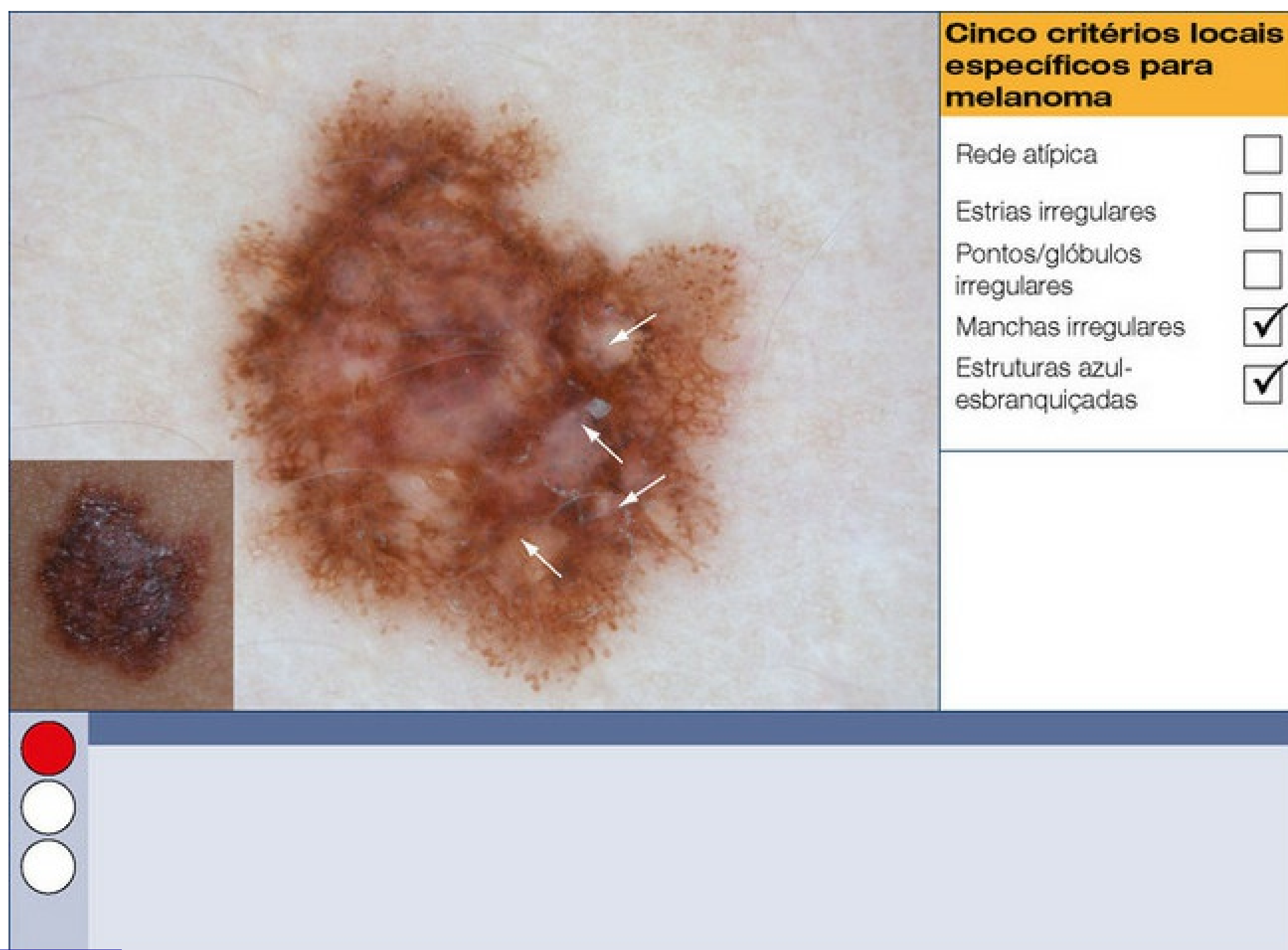


Figura 165 Melanoma

Este melanoma compartilha muitas características com um nevo displásico (de Clark), clínica e dermatoscopicamente, e distingui-lo em um paciente com inúmeros nevos displásicos grandes (de Clark) pode ser até mesmo impossível. O monitoramento dermatoscópico sequencial é útil para estes pacientes. Esta lesão é caracterizada por um padrão irregular reticular e inúmeros glóbulos marrons ao longo de sua periferia. As características morfológicas destacadas aqui são as centrais azul-esbranquiçadas e as manchas acastanhadas irregulares (setas).



Figura 166 Melanoma

Este melanoma superficial pode ser reconhecido facilmente, mesmo por um iniciante, por causa da notável assimetria na forma, estrutura e cor. Um exame mais detalhado revela algumas manchas pretas de contornos irregulares (círculos), algumas estrias irregulares (setas) e inúmeros pontos/glóbulos acastanhados a pretos irregulares. Tenha sempre em mente que há muitas variações da morfologia dos critérios clássicos dermatoscópicos como evidenciado nesta imagem.

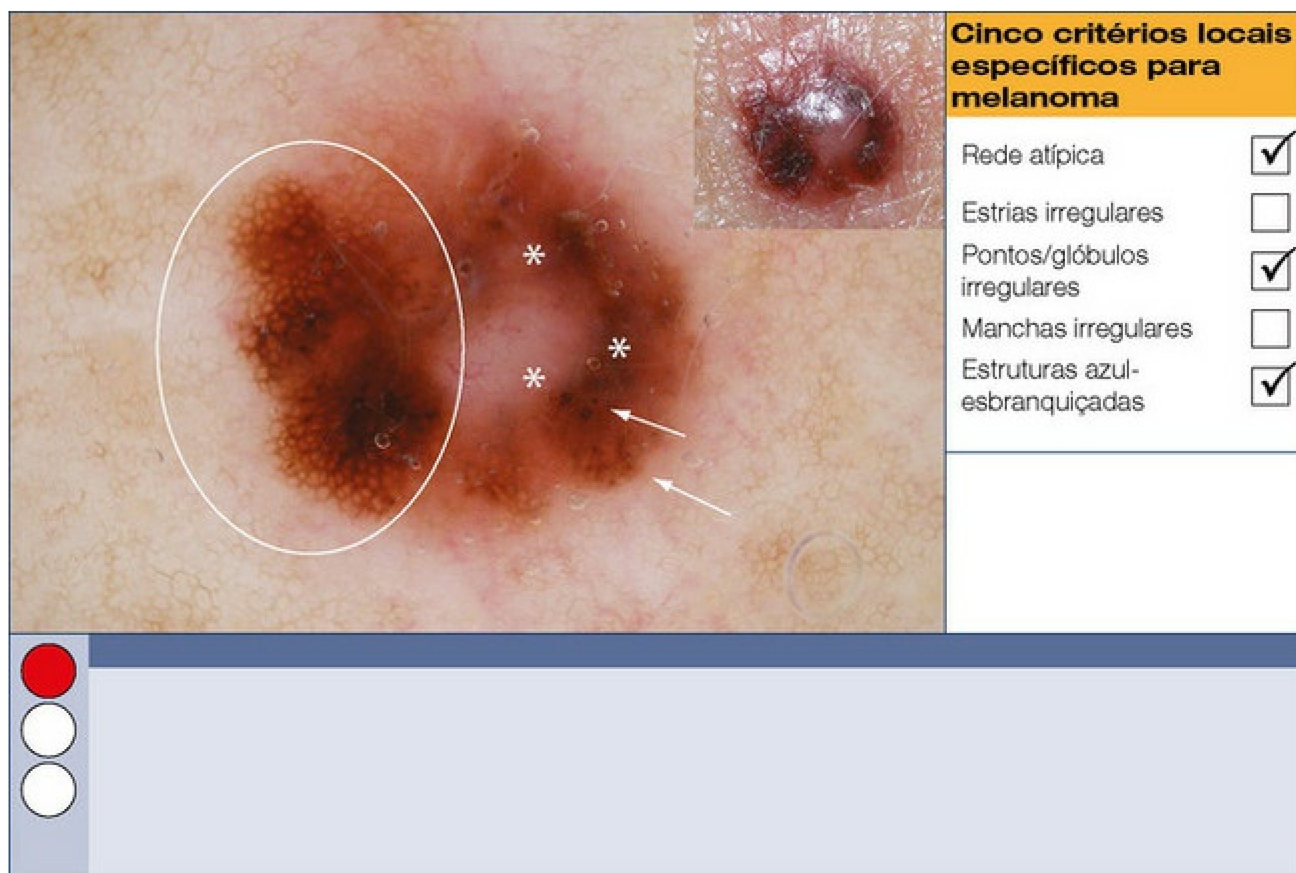


Figura 167 Melanoma

Este melanoma é bastante difícil de diagnosticar e pode ser confundido com um nevo displásico (de Clark), apesar do fato de que há considerável assimetria na estrutura e na cor. Muito provavelmente, a rede pigmentada atípica assimetricamente localizada (círculo) vai chamar sua atenção de imeditato, assim como as estruturas azul-esbranquiçadas (asteriscos) na metade direita da lesão. Completando a lista de critérios específicos para melanoma, existem pontos/glóbulos irregulares (setas).



Figura 168 Melanoma

Esta lesão fortemente pigmentada é facilmente reconhecida como melanoma ou carcinoma basocelular pigmentado. A distinção entre estas duas lesões malignas muitas vezes não pode ser determinada com base em critérios dermatoscópicos isolados, como evidenciado por essa observação. Obviamente, sempre se peca pelo excesso e retira-se esta lesão com maior prioridade. Os critérios específicos para melanoma claramente visíveis aqui são as estruturas azul-esbranquiçadas e os pontos/glóbulos irregulares. As muitas estrias brancas brilhantes (setas) notavelmente presentes em toda a lesão indicam que esta imagem foi capturada com luz polarizada. No entanto, o critério das estrias brancas brilhantes (também chamadas de estruturas em crisálidas) não ajuda em nada a diferenciar entre um melanoma e um carcinoma basocelular pigmentado.



Figura 169 Melanoma

Este melanoma é caracterizado por, pelo menos, três áreas morfológicas completamente diferentes. Um nódulo cor da pele em forma de cúpula reminiscente de um nevo dérmico, uma área pigmentada composta por estrias acastanhadas irregulares (círculo) e, na posição de 6 horas, outra placa pigmentada que compreende pontos/glóbulos irregulares. Não há dúvida de que estamos lidando com um melanoma. A histopatologia revelou que o nódulo da cor da pele não era um nevo dérmico preexistente, mas um melanoma amelanótico com índice de Breslow de 2,2 mm. Sempre seja muito cauteloso com lesões nodulares no contexto de um melanoma.

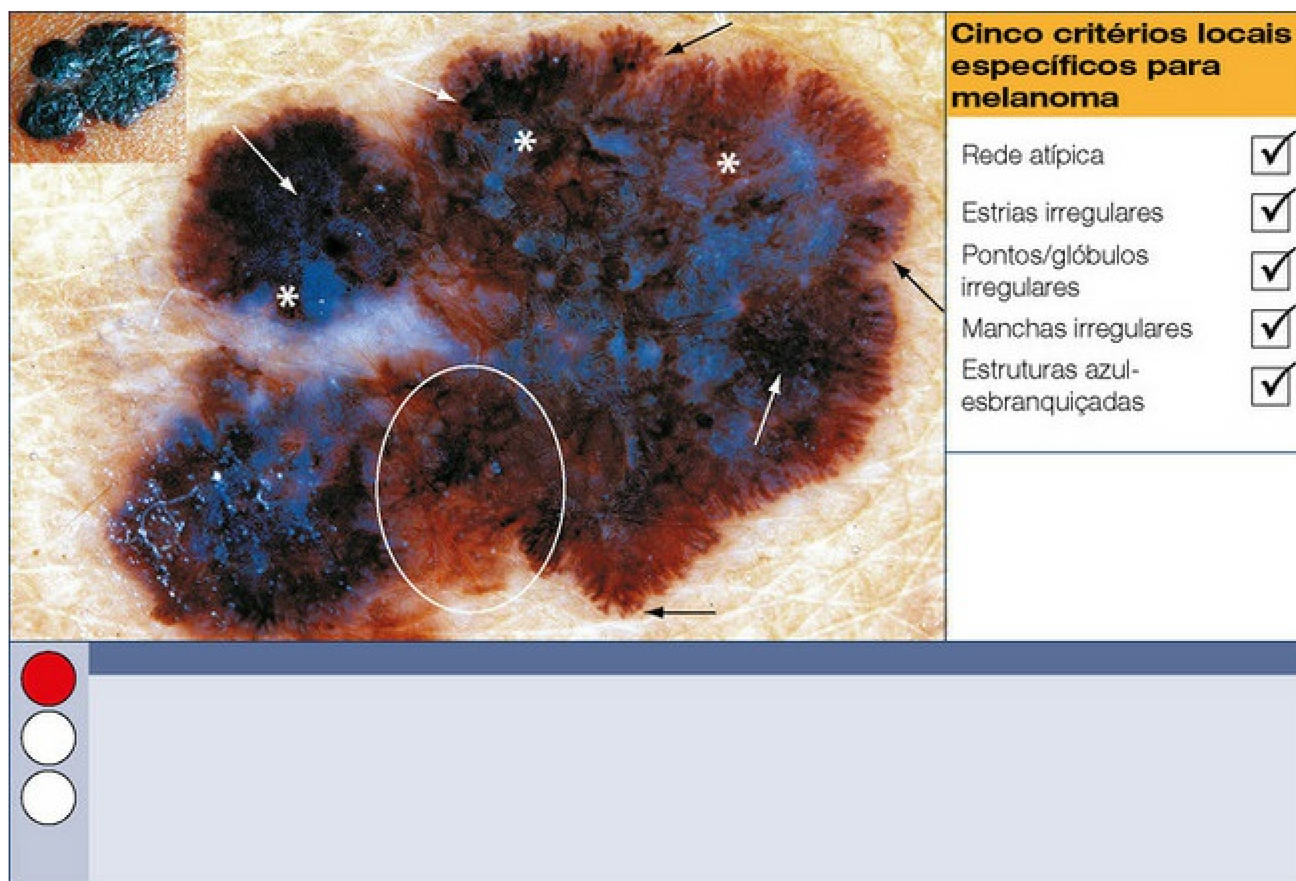


Figura 170 Melanoma

Este é um quadro dermatoscópico muito preocupante. Alguns critérios são muito fáceis de ver, ao passo que outros são camuflados por pigmentação intensa e, portanto, mais difíceis de encontrar. Áreas de rede pigmentar atípica (círculo) e pontos e glóbulos irregulares (asteriscos) são difíceis de visualizar, mas serão encontrados se for feita uma busca adequada. Não há comparação entre as estrias irregulares (setas pretas) e as manchas irregulares (setas brancas) observadas aqui e aquelas da Figura 169. Há também estruturas azul-esbranquiçadas bem desenvolvidas.

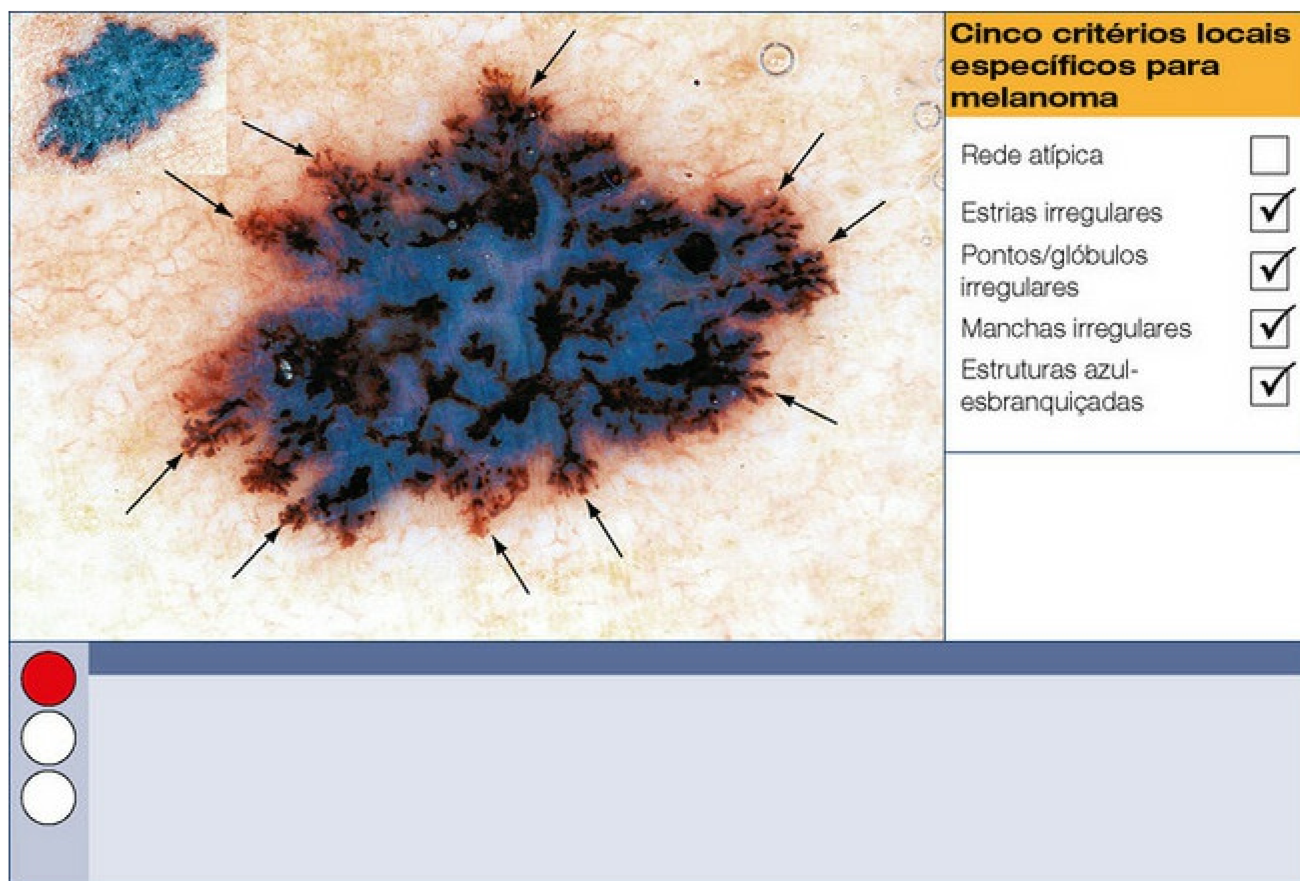


Figura 171 Melanoma

Spitzoide, estelar, assimetria de cor e estrutura – portanto, este é o melanoma. Há estrias (setas) e áreas sem estrias. Por definição, elas são estrias irregulares, porque não são identificadas em todas as áreas na periferia da lesão. Há também pontos e glóbulos irregulares e manchas irregulares em toda a lesão em um fundo de estruturas azul-esbranquiçadas.



Figura 172 Melanoma

Este é um melanoma verrucoso que surge dentro de um nevo displásico preexistente (de Clark). Não interprete esta lesão como uma ceratose seborreica ceratótica adjacente a um nevo benigno. Siga sua intuição e fique com a sua primeira impressão de que esta lesão é extremamente assimétrica em forma, cor e estrutura e precisa ser retirada com maior prioridade. Ao analisar as características morfológicas em detalhe, você vai perceber que nenhum dos três critérios mencionados aqui (ver quadro anterior) é claramente visível. Você precisa de um pouco de imaginação para visualizá-los. Não importa necessariamente se você não os vê – o que é importante é que você reconheça este melanoma verrucoso (índice de Breslow de 3,2 mm) e tome as decisões de tratamento corretas.

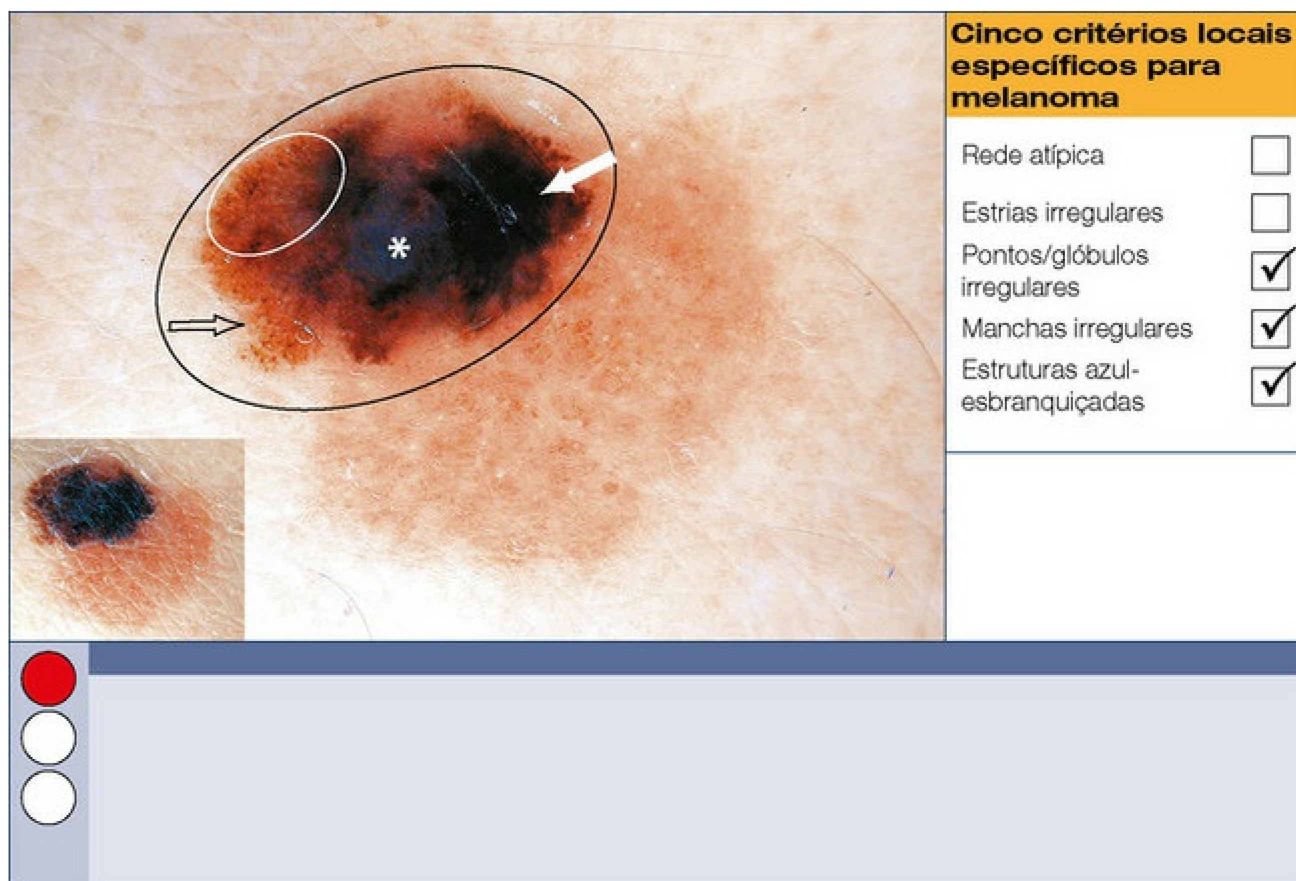


Figura 173 Melanoma

Embora esta seja uma lesão pequena, a área excêntrica (círculo preto) indica a presença de uma atividade significativa. A área de hipopigmentação grande sem características distintas é inespecífica. O diagnóstico diferencial inclui nevo de Clark (displásico) e melanoma. Há pequenos focos de rede pigmentar (círculo branco), pontos e glóbulos irregulares (seta aberta), uma mancha irregular (seta sólida) e uma estrutura azul-esbranquiçada (asterisco).

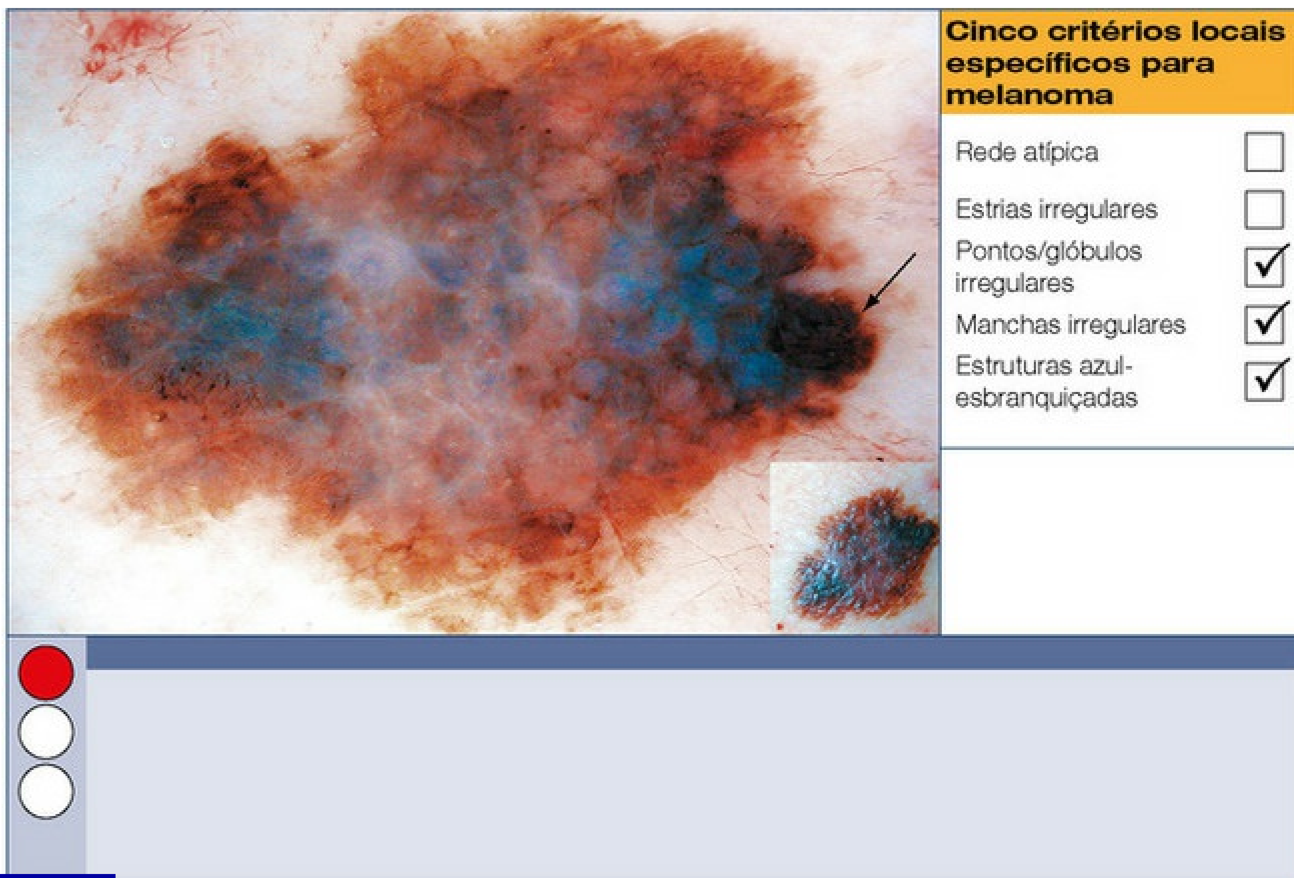


Figura 174 Melanoma

Este parece ser um caso fácil de melanoma, embora ao varrer toda a lesão, não haja rede pigmentar atípica e não existam estrias irregulares evidentes. Existem alguns pontos e glóbulos aqui e ali em toda a lesão com uma mancha irregular de localização assimétrica (seta). A estrutura azul-esbranquiçada é extensa, cobrindo a maior parte da lesão. Assimetria significativa de cor e estrutura e múltiplas cores vivas também são observadas. O diagnóstico dermatoscópico de melanoma não é difícil se for possível reconhecer os critérios de alto risco importantes.

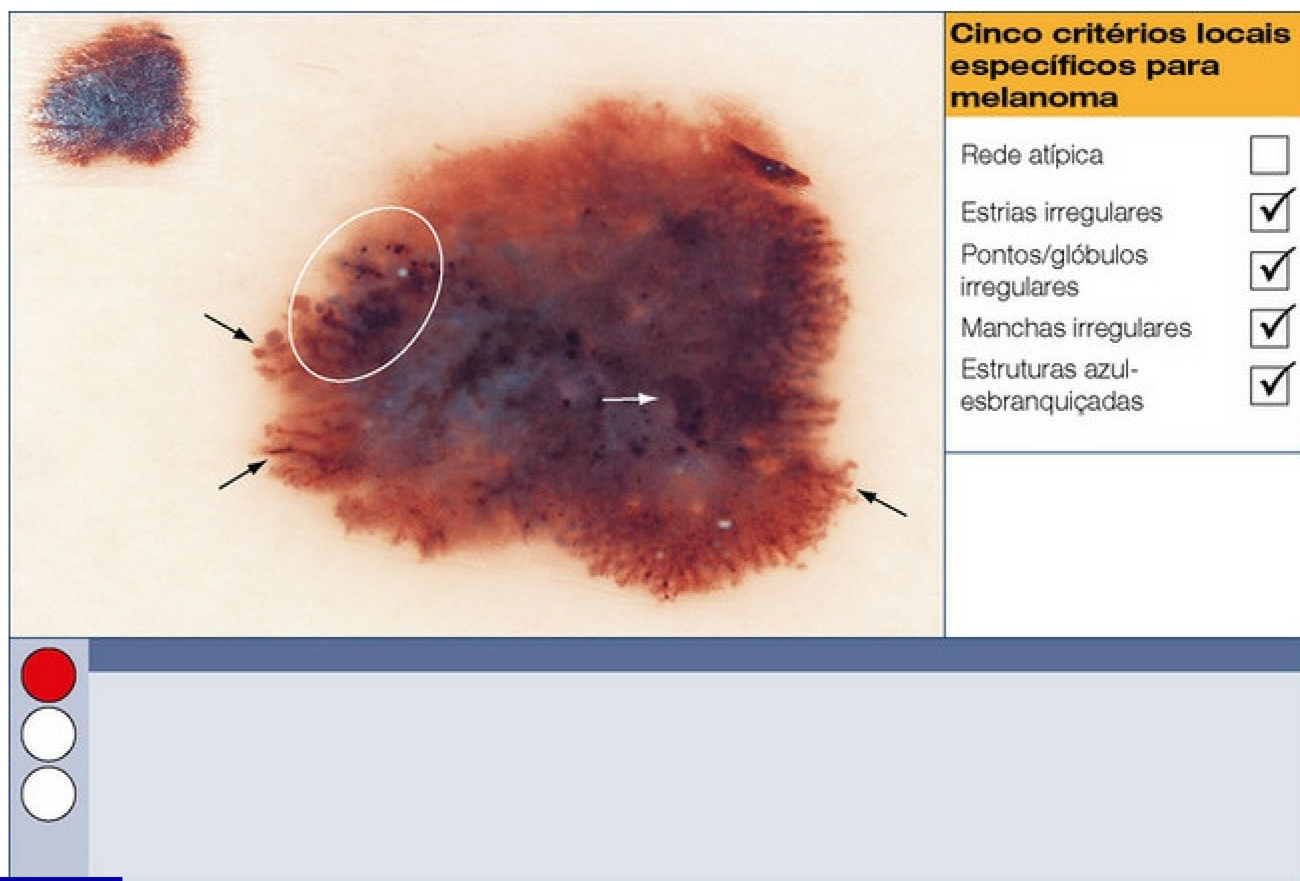


Figura 175 Melanoma

Este melanoma spitzoide é um estudo de assimetria, estrias irregulares (setas pretas) e pontos e glóbulos irregulares (círculo). Há também manchas irregulares (seta branca) e estruturas azul-esbranquiçadas.

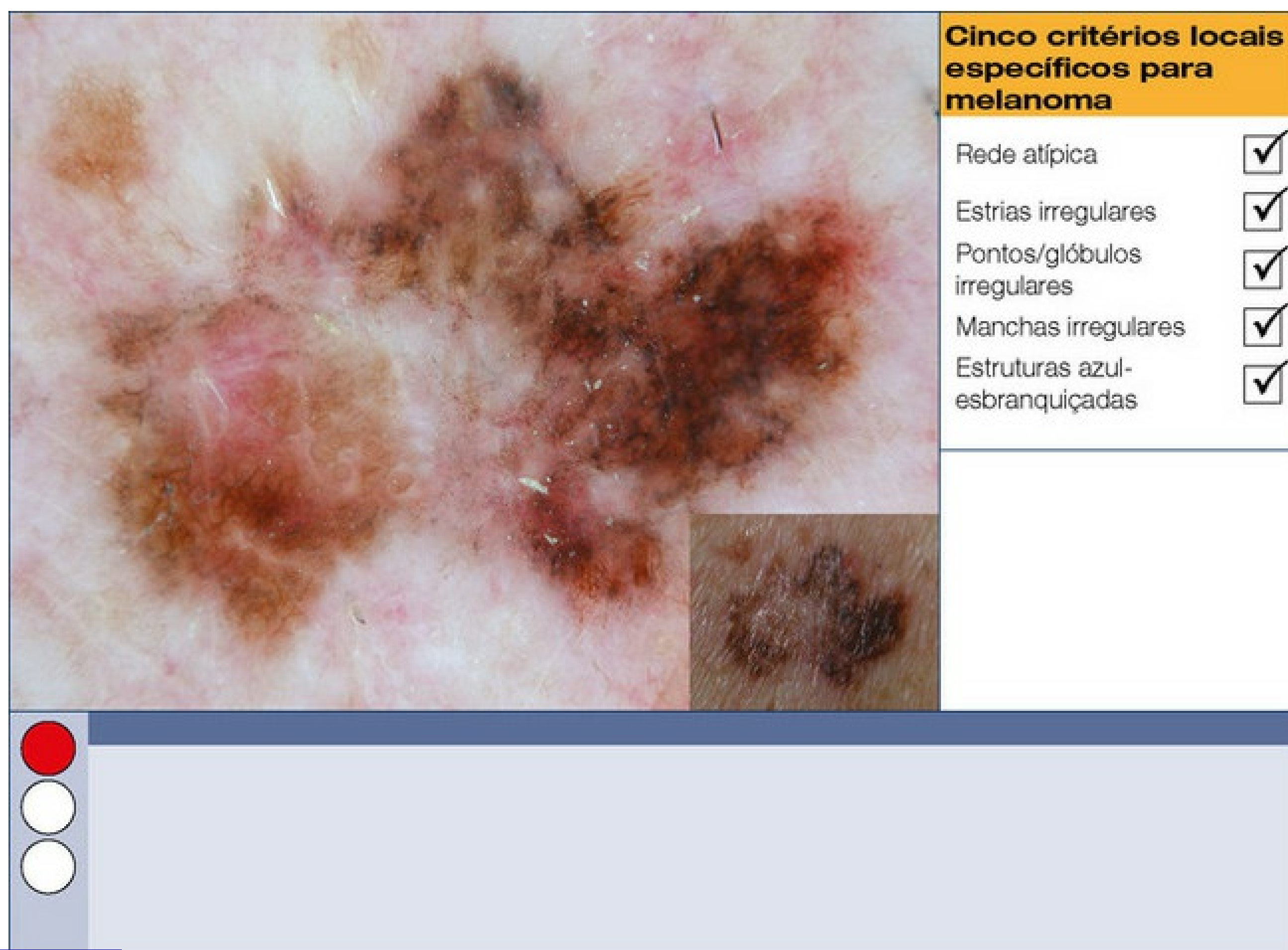


Figura 176 Melanoma

Este é um melanoma superficial com regressão com assimetria marcante na forma, cor e estrutura. Vemos (com um pouco de imaginação) todos os cinco critérios específicos locais de melanoma aqui. No final deste capítulo, estamos confiantes de que você também visualizará a maioria deles e, portanto, não colocamos quaisquer anotações sobre esta imagem. Se o seu patologista diagnosticou esta lesão como um nevo regressivo, esperamos que você o desafie – este é um melanoma superficial regressivo.

Diagnóstico de melanoma facial utilizando quatro critérios específicos para o local e específicos para melanoma

Os melanomas faciais geralmente ocorrem na pele gravemente danificada pelo sol e chamam-se lentigo maligno quando são uma lesão *in situ* e lentigo maligno melanoma quando a lesão é invasiva. Por causa da anatomia específica da pele facial caracterizada por inúmeras unidades folículo-sebáceas e epiderme apagada, melanomas na pele facial revelam as características dermatoscópicas a seguir. Estes critérios estão presentes em melanomas faciais em várias combinações e, em geral, não são encontrados em melanomas não faciais.

Estruturas anulares-granulares

As estruturas anulares-granulares são múltiplos pontos marrons ou azul-cinzentos ao redor do óstio folicular com uma aparência anular-granular.

Folículos assimetricamente pigmentados

Os folículos assimetricamente pigmentados são círculos/anéis de pigmentação cinza distribuídos de maneira assimétrica em torno de óstios foliculares. Às vezes, os círculos cinza podem conter um ponto ou círculo cinza interno.

Estruturas romboidais

Estruturas romboidais são áreas espessadas de pigmentação ao redor do óstio folicular com uma aparência romboide (um romboide é um paralelogramo com ângulos desiguais e laterais).

Pseudorrede cinza

A pseudorrede cinza descreve a pigmentação cinza em torno do óstio folicular formado pela confluência de estruturas anulares-granulares.

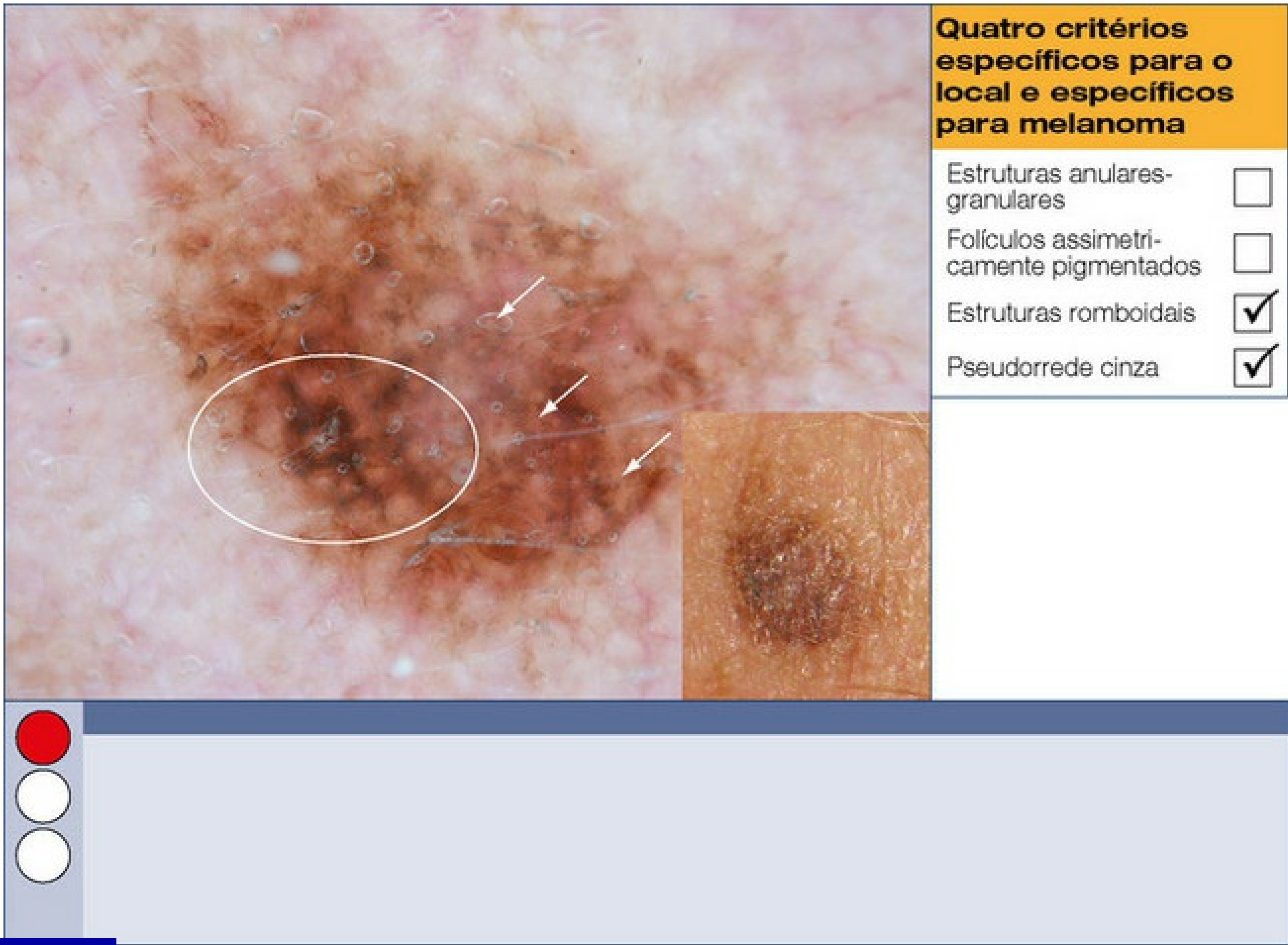


Figura 177 Melanoma

O diagnóstico diferencial padrão de lentigo maligno (melanoma *in situ* na pele gravemente danificada pelo sol) clínica, dermatoscópica e, às vezes, também histopatologicamente é o lentigo actínico (solar). Esta incerteza de diagnóstico é reforçada pelo conceito de lentigo instável – um lentigo actínico no caminho para um lentigo maligno. Curiosamente, este conceito não tem sido amplamente adotado, talvez porque estejamos acostumados a aceitar uma dicotomia benigno/maligno. A lesão descrita aqui é um lentigo maligno caracterizado por algumas estruturas romboides (círculo) e indícios de uma pseudorrede cinza (setas).

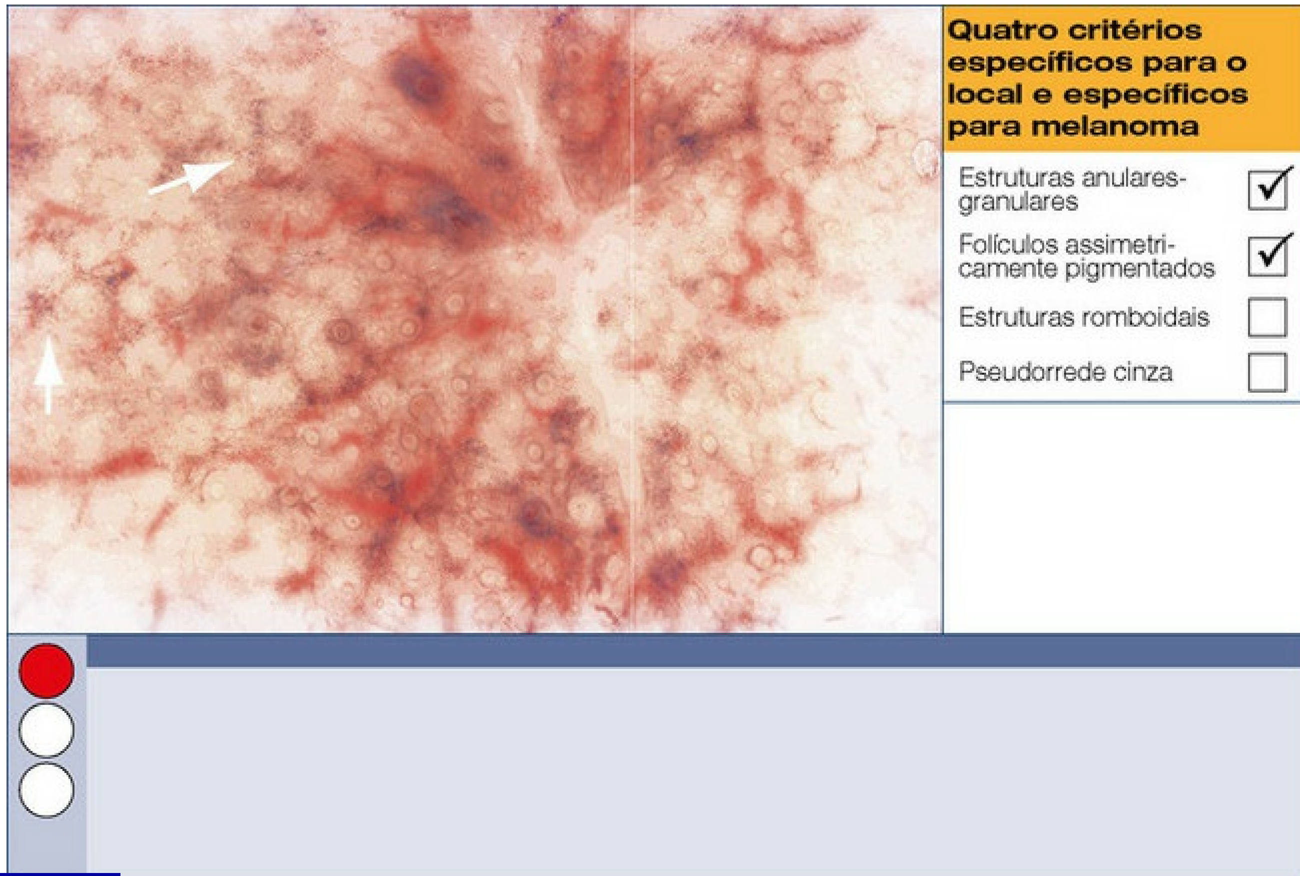


Figura 178 Melanoma

As estruturas anulares-granulares estão presentes nesta lesão (setas). Não confunda os óstios dos apêndices com os cistos semelhantes a *milium* da ceratose seborreica. Agora verifique os óstios com cuidado. Alguns são totalmente e outros são parcialmente cercados por finas camadas de pigmentação. O diagnóstico dermatoscópico de folículos assimetricamente pigmentados é feito quando o aro de pigmentação não cerca o óstio inteiro. Verdadeiras estruturas romboides não estão formadas ainda. Os vasos não devem ser confundidos com aqueles observados em carcinomas basocelulares. Eles correspondem ao plexo dérmico que brilha através da epiderme mais fina.



Figura 179 Melanoma

Esta lesão mostra uma variação sobre o tema do lentigo maligno. Observe a assimetria na estrutura e na cor. Há estruturas anulares-granulares que estão formando estruturas romboidais. Os grânulos cinza das estruturas anulares-granulares são difíceis de visualizar, mas estão lá. Além disso, uma razoável quantidade de glóbulos marrons que representam ninhos juncionais de melanócitos pode ser muito bem observada.

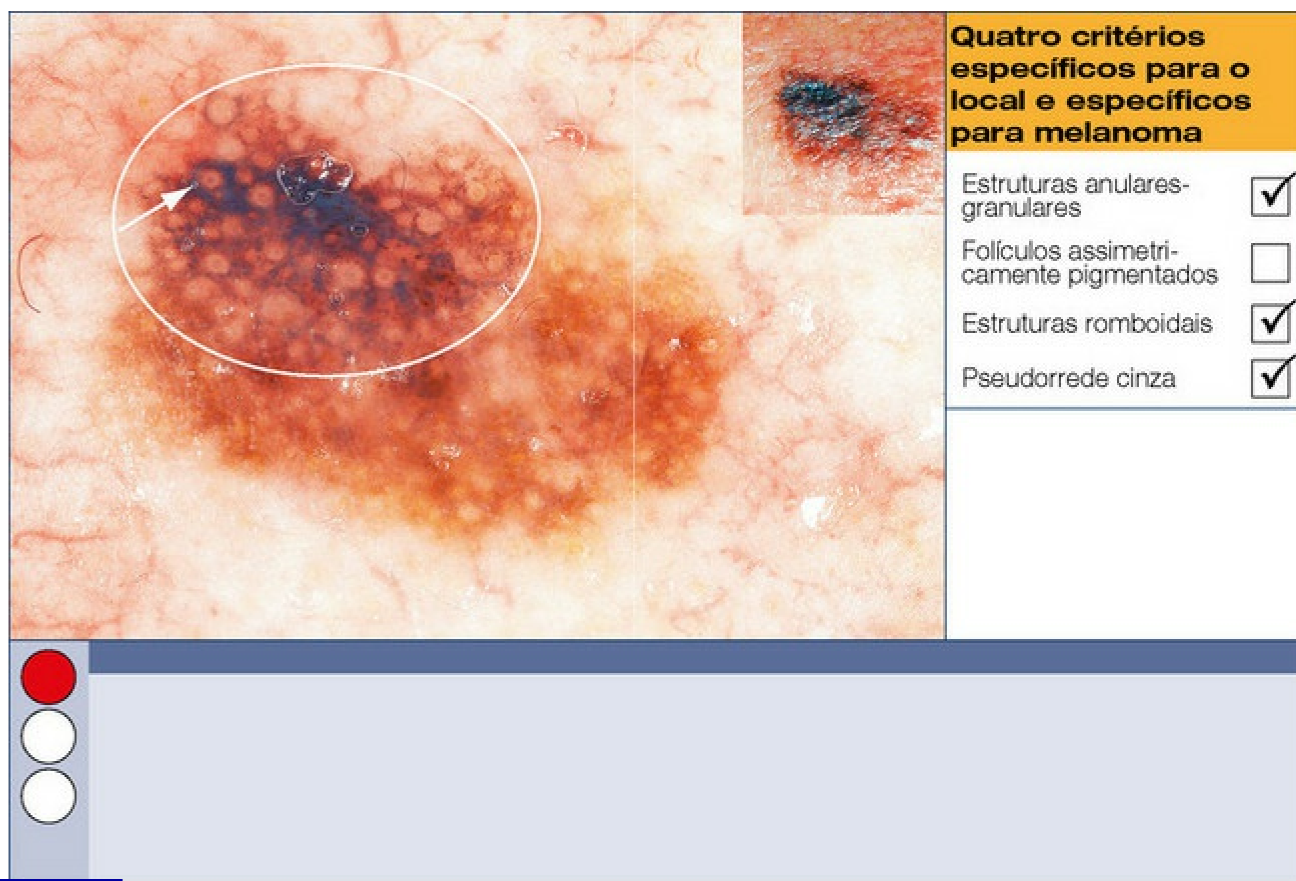


Figura 180 Melanoma

A assimetria de cor e estrutura observada aqui deve ser mais do que suficiente para o dermatoscopista novato aumentar seu índice de suspeita de lesão de alto risco. As estruturas anulares-granulares formam estruturas romboidais (seta). A confluência de estruturas romboidais compõe a pseudorrede cinza (círculo). Faça a biopsia da mancha mais escura, pois pode ser uma área de invasão. Lentigo maligno melanoma – não lentigo maligno. Não confunda os óstios foliculares com cistos semelhantes a *milium* ou orifícios semelhantes a comedões.

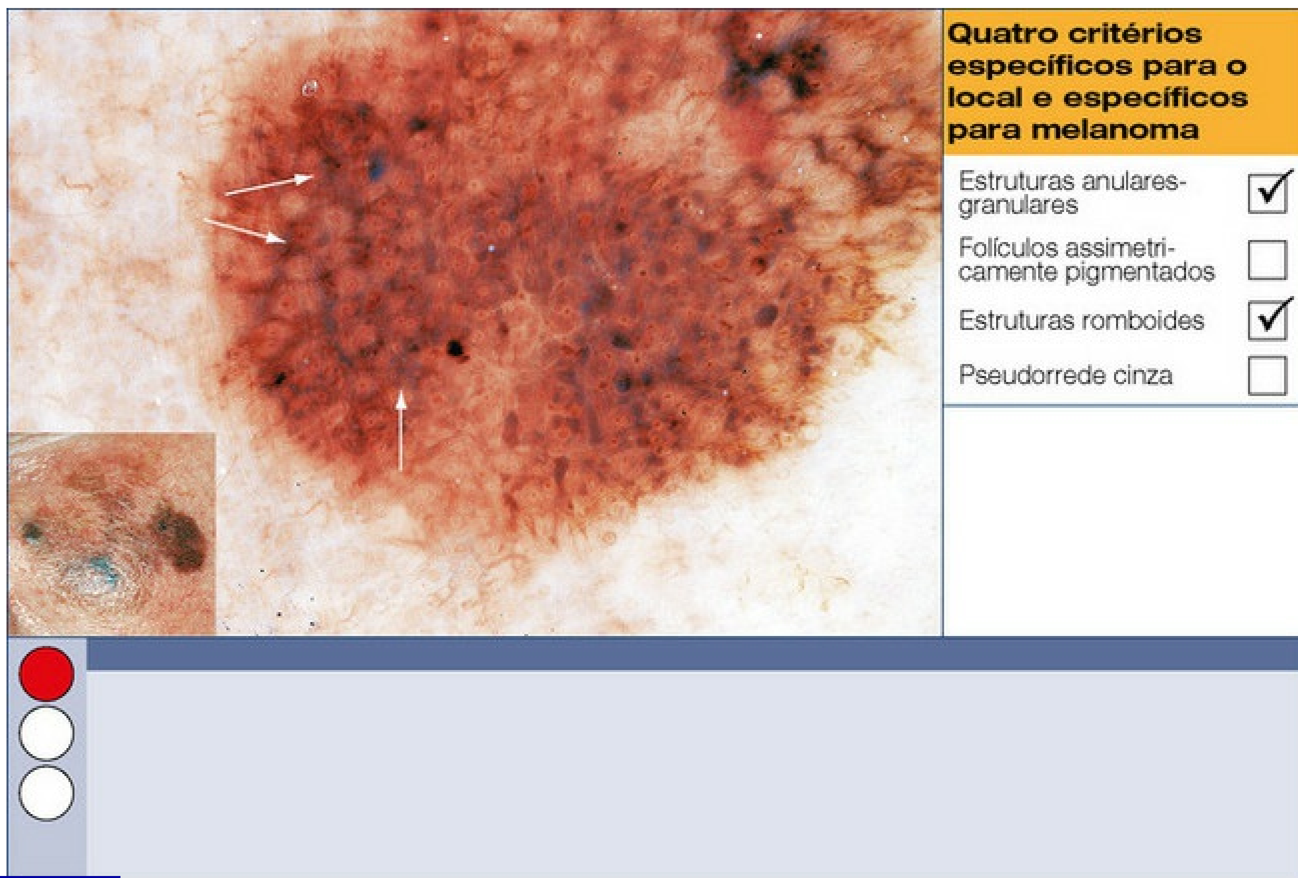


Figura 181 Melanoma

A assimetria de cor e estrutura mais cores vivas, incluindo uma tonalidade rosada geral, devem levantar um índice de suspeita de que este é um melanoma. Analise toda a lesão para detecção de critérios específicos do local, específicos de melanoma. Há estruturas anulares-granulares muito pequenas, mas nenhum folículo assimetricamente pigmentado. Há também várias estruturas romboidais sutis (setas) e pontos e glóbulos irregulares. É possível observar critérios específicos para melanoma de tronco e de extremidades na cabeça e no pescoço.



Figura 182 Melanoma

Esta lesão mostra uma aparência clássica de lentigo maligno inicial. Existe apenas uma ligeira assimetria na forma. A dermatoscopia mostra folículos pilosos assimetricamente pigmentados que surgem como círculos cinza (setas), às vezes assemelhando-se a um alvo (também chamado de círculo dentro de um círculo) em razão da presença de um ponto cinza-escuro dentro do círculo cinza (círculo). Atualmente, a microscopia confocal de reflexão é cada vez mais utilizada com sucesso para o diagnóstico não invasivo de lentigo maligno.



Figura 183 Ceratose actínica pigmentada

Para esta lesão notavelmente assimétrica (em forma, estrutura e cor), estamos acendendo imediatamente o sinal vermelho. Exame minucioso, porém, mostra que nenhum dos quatro critérios específicos para o local, específicos para melanoma, listados no quadro anterior está presente. Há aberturas no folículo piloso preenchidas com ceratina que parecem brancas, abrangidas por uma pseudorrede marrom superficial sugestiva de ceratose actínica pigmentada. Há também estruturas minúsculas semelhantes a rosetas que aparecem como quatro pontos brancos, que podem ser vistos apenas por luz polarizada (setas). O significado deste sinal não é claro.



Figura 184 Lentigo solar

Aqui, o novato irá imediatamente acender o sinal verde. Exame mais detalhado revela que realmente nenhum dos quatro critérios específicos para o local e específicos para melanoma, listados no quadro anterior, está presente. A característica mais marcante aqui é a borda roída por traça (ver em particular dentro do círculo), um achado clínico sutil que pode ser muito mais bem analisado pela dermatoscopia. Além disso, a pigmentação marrom-clara aparece como uma mancha (conhecida como sinal da geleia).



Figura 185 Lentigo solar

Mais uma vez estamos acendendo o sinal verde aqui, pois não há presença de nenhum dos quatro critérios específicos para o local, específicos para melanoma. Há apenas um indício de uma borda em roído de traça na metade superior da lesão, e há alguns folículos simetricamente pigmentados visíveis por toda a lesão. Por causa do tom muito sutil de cor cinza, recomendamos um acompanhamento anual da lesão, apesar do sinal verde.



Figura 186 Lentigo solar

Rapidamente estamos ficando bem familiarizados com o aspecto dermatoscópico de um lentigo solar. Existem inúmeros folículos simetricamente pigmentados, distribuídos de maneira uniforme pela lesão. E há ausência completa de todos os critérios específicos para o local e para melanoma.



Figura 187 Ceratose seborreia que evolui de lentigo actínico

O iniciante pode acender o sinal laranja aqui em razão da assimetria na estrutura e na cor. Observe a borda marcante em roído de traça na metade esquerda da lesão (círculo). Na parte inferior direita da lesão, existem várias estrias pigmentadas de marrom-médio a escuro, largas e regulares (também chamadas de “dedos gordos”). Estas estruturas são um achado bastante típico para ceratoses seborreicas superficiais. É preciso ver alguns exemplos deste tipo de ceratose seborreica decorrentes de um lentigo actínico antes de fazer o diagnóstico com confiança.



Figura 188 Ceratose actínica pigmentada

A arquitetura geral da lesão juntamente à sua coloração rosada é preocupante, e estamos acendendo o sinal vermelho. Um exame mais detalhado revela uma pseudorrede principalmente marrom, com apenas sombras delicadas de coloração cinza. Há indícios de estruturas semelhantes a anulares-granulares (setas) e, evidentemente, temos de considerar o lentigo maligno em nosso diagnóstico diferencial. No entanto, a histopatologia confirmou uma ceratose actínica pigmentada. Às vezes, mesmo com dermatoscopia, o diagnóstico de lesões faciais pigmentadas é bastante difícil.

Quatro padrões de lesões melanocíticas acrais

O padrão paralelo é encontrado exclusivamente em lesões melanocíticas na pele glabra das palmas e plantas dos pés, em virtude da presença de determinadas estruturas anatômicas inerentes a estes locais. A pigmentação pode seguir os sulcos, bem como as cristas da pele glabra, mas raramente também pode ser disposta em um ângulo reto em relação a estas estruturas preexistentes:

- o sulco paralelo, semelhante à treliça, e padrões fibrilares são comumente encontrados em nevos benignos acrais;
- o padrão de cristas paralelas é sugestivo de melanomas em locais acrais.

Princípios dermatoscópicos gerais para avaliar lesões acrais

- Primeiro, observe a periferia da lesão para determinar onde as cristas e sulcos estão.
- A pigmentação está localizada nas cristas quando as linhas pigmentadas são mais espessas do que as não pigmentadas e têm pontos brancos que correm ao longo como um colar de pérolas. Nem sempre é possível visualizar o colar de pérolas.
- O surgimento de critérios dermatoscópicos tende a ficar fora de foco em áreas acrais, por causa da espessura da pele.
- Outros dados clínicos, como idade do paciente e história da lesão, são muitas vezes essenciais.

Quadro 2-1 Quatro padrões de lesões melanocíticas acrais

- Sulco paralelo
- Crista paralela
- Semelhante à treliça
- Fibrilar

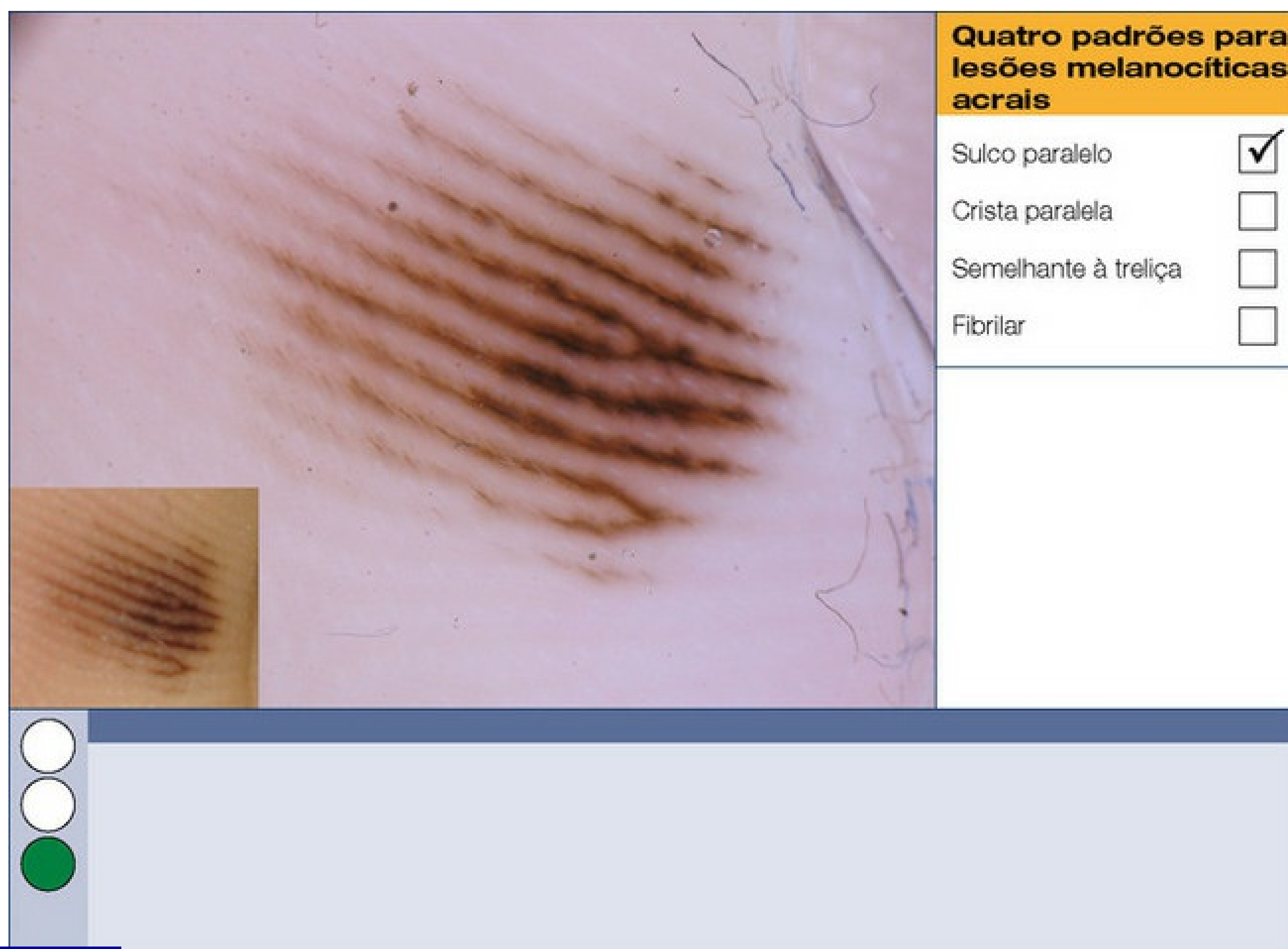


Figura 189 Nevo

Este é o padrão de sulcos paralelos de um nevo acral. A marca dermatoscópica desta lesão é a presença de várias linhas paralelas pigmentadas nos sulcos da pele glabra. Observe que as linhas da metade direita da lesão são mais pigmentadas do que as da metade esquerda. Nem sempre é fácil determinar se a faixa linear de pigmentação é nas cristas ou nos sulcos. Um indício útil é que a pigmentação nos sulcos é menor do que a que acompanha as cristas. Ver também as Figuras 199 e 200.



Figura 190 Nevo

Este é um exemplo estereotípico do padrão semelhante à treliça de um nevo acral. É caracterizado por uma estrutura semelhante à treliça formada por uma rede retangular de linhas marrons pontuadas por vários pontos esbranquiçados, que se parecem com um colar de pérolas. Os pontos esbranquiçados representam as aberturas do acrossiríngio situado nas cristas da pele. Sem conhecimento específico dos vários padrões dermatoscópicos do nevo acral, esta lesão benigna poderia facilmente ser interpretada de maneira errada como melanoma inicial.

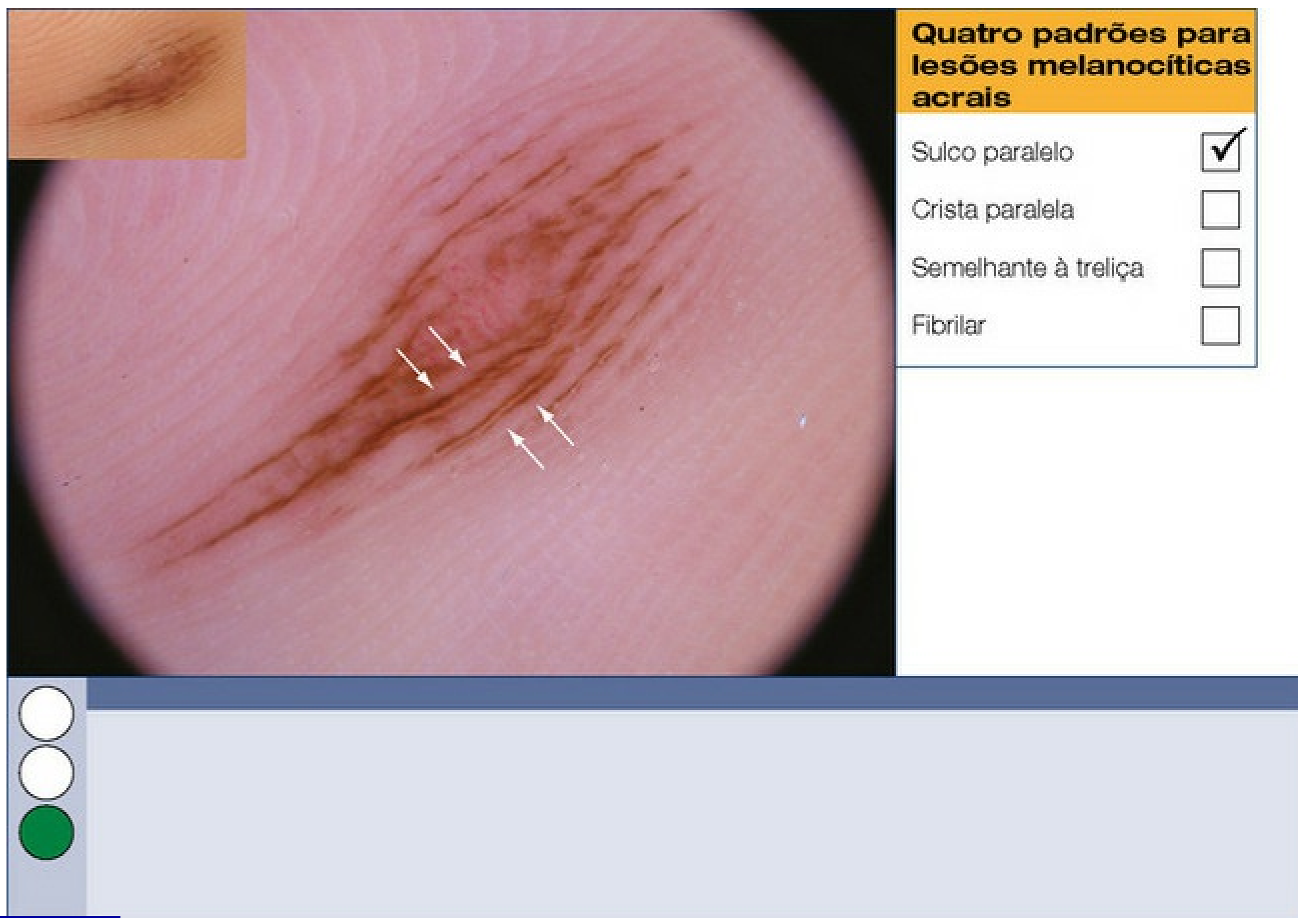


Figura 191 Nevo

Esta lesão mostra uma variação da morfologia observada com o padrão de sulcos paralelos, e há muitos. Existem apenas algumas faixas lineares de pigmentação que acompanham os sulcos da pele acral. Observe o duplo contorno da pigmentação linear (setas) que acompanha os sulcos na metade inferior desse nevo. O tratamento das lesões acrais é fortemente influenciado pela capacidade de diferenciar o padrão de sulcos paralelos benigno do padrão de cristas paralelas maligno.

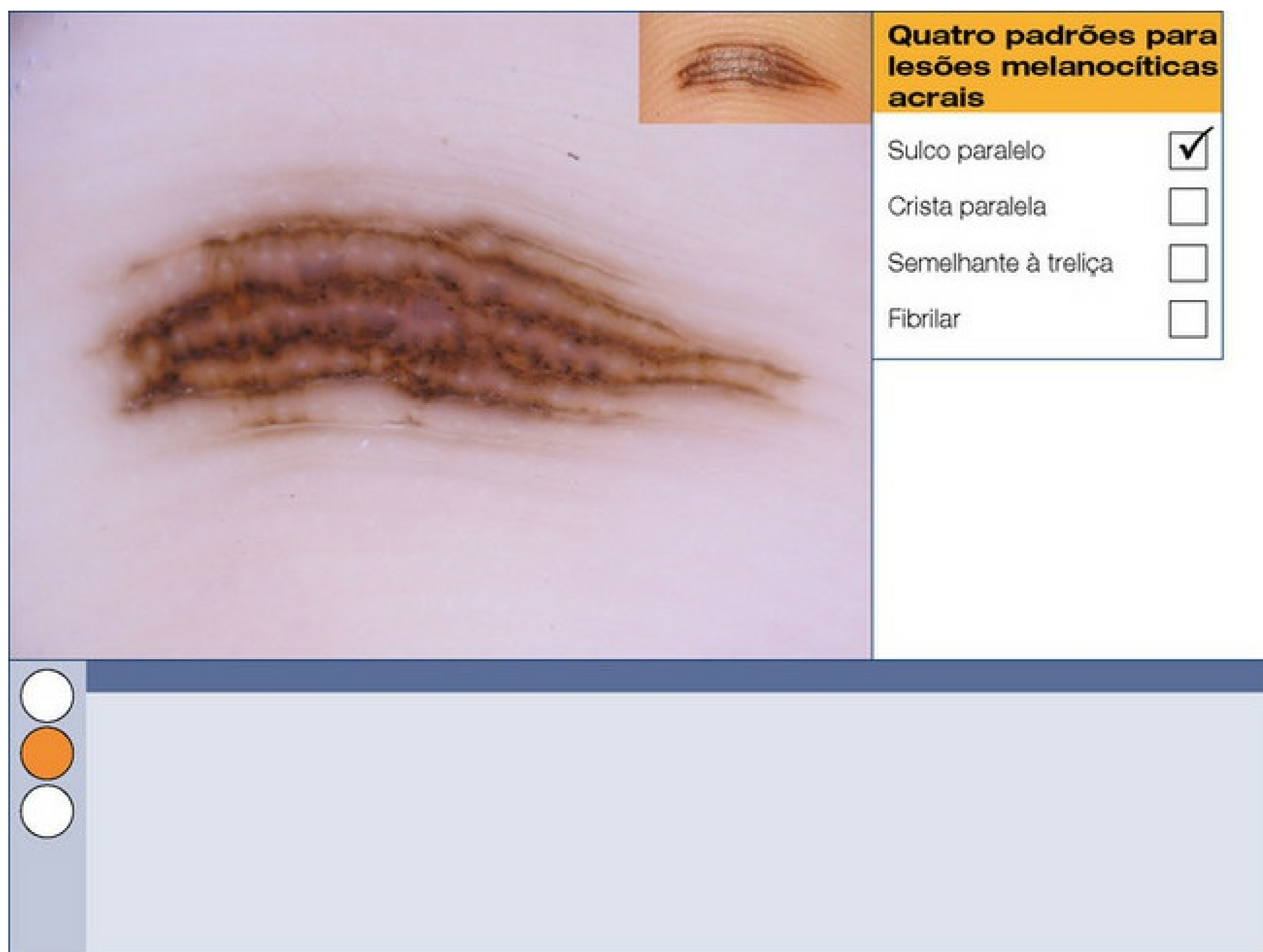


Figura 192 Nevo

Aqui temos outro tipo sulco paralelo de nevo acral com um componente globular sobreposto sutil. Esta lesão tem quatro linhas paralelas pigmentadas importantes nos sulcos. As faixas de pigmentação são sobrepostas por poucos pontos castanho-escuros a pretos. Entre as faixas pigmentadas, existem vários pequenos pontos esbranquiçados dispostos como um colar de pérolas correspondentes aos ductos écrinos que atingem a superfície nas cristas. Seja qual for a forma adquirida pelo pigmento em um nevo acral, se for determinado que ele está nos sulcos, a lesão é benigna. Pode haver linhas únicas, fileiras únicas de pontos e glóbulos e, até mesmo, fileiras duplas de linhas ou fileiras duplas de pontos e glóbulos. Apenas assegure-se de que a pigmentação não está nas cristas. Aqui marcamos esta lesão como de risco moderado (semáforo amarelo), porque é difícil reconhecer o padrão do sulco.

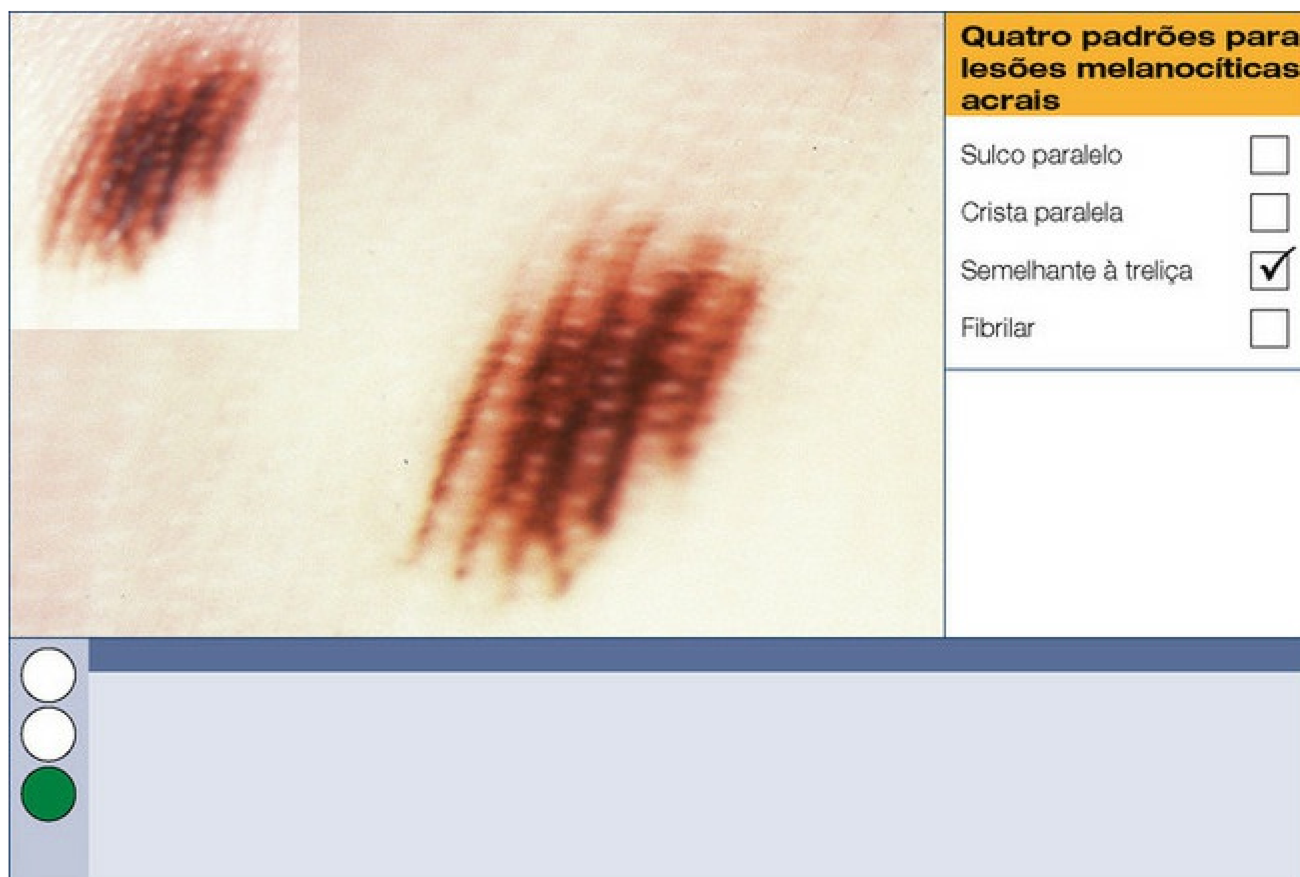


Figura 193 Nevo

Esta lesão é outro exemplo do padrão semelhante à treliça. Ela é composta de uma grade de linhas pigmentadas acentuadas por inúmeros pontos esbranquiçados que representam as aberturas dos acrossiríngios. Os colares de pérolas estão nas cristas. As linhas pigmentadas acompanham os sulcos da pele acral. Linhas pigmentadas mais finas estão dispostas perpendicularmente às linhas mais espessas, formando a típica estrutura em trelisa – como uma escada. Não existem critérios para sugerir que esta possa ser uma lesão de alto risco.



Figura 194 Nevo

Em comparação com a lesão da Figura 193, este nevo acral em treliça é de definição mais difícil. Ele é composto de uma grade de linhas pigmentadas em parte reminiscentes de um padrão reticular. A presença de múltiplas cores (marrom-claro, marrom-escuro e azul-acinzentado), uma grade mal definida e poucos pontos e glóbulos acastanhados dificultam a classificação desta lesão. No entanto, o conselho "em caso de dúvida, remova-a" nem sempre é tão fácil de seguir em locais acrais. Se não houver história clínica de crescimento aqui, acompanhamento e automonitoramento são uma opção de tratamento válida.



Figura 195 Nevo

Esta lesão está fora de foco e é um exemplo estereotípico do padrão fibrilar observado em nevos acrais. É caracterizada por inúmeras linhas marrons curtas e finas, que não só têm um arranjo paralelo, mas também correm oblíquas às cristas e aos sulcos da pele acral. Os padrões de sulco paralelo, em treliça e fibrilar são aqueles observados em lesões melanocíticas acrais benignas. Sulco, treliça ou fibrilar = nevo benigno.



Figura 196 Nevo

Este exemplo mostra uma variação do padrão fibrilar de nevo acral e é difícil diferenciá-lo do padrão de cristas paralelas. É composto de inúmeras linhas dispostas obliquamente, manchadas, pigmentadas, finas e curtas. Há também uma mancha (círculo). Inúmeras linhas paralelas em marrom-claro também são encontradas nos sulcos da pele. Esta lesão é difícil de avaliar; portanto, deve ser removida. Ele poderia facilmente ser confundida com o padrão de cristas paralelas, mesmo por um dermoscopista experiente.



Figura 197 Nevo

Esta lesão é um exemplo bem típico de um padrão fibrilar. Este padrão é observado especialmente nas áreas de pressão das superfícies plantares. Pelo fato de haver um certo grau de variação na pigmentação, o sinal laranja pode ser acendido aqui. Ainda assim, não nos sentimos confortáveis para retirar esta lesão e recomendamos acompanhamento anual.

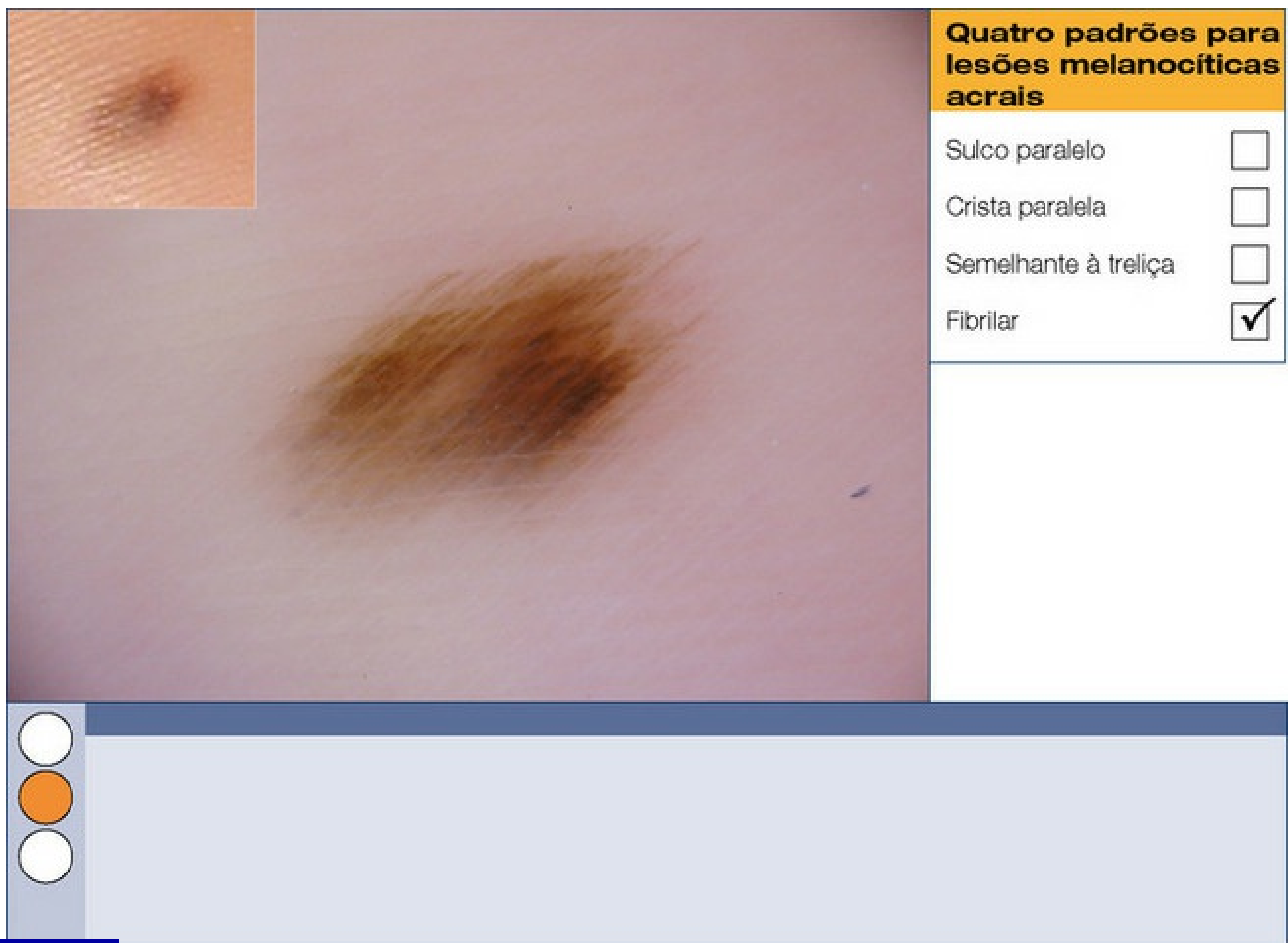


Figura 198 Nevo

Este é outro exemplo de um nevo acral com padrão fibrilar. Como no caso anterior, há algum grau de pigmentação irregular, que também leva à assimetria na cor. Por causa dessa pigmentação assimétrica, a lesão foi interpretada como suspeita, o sinal laranja foi acendido e a lesão foi excisada. O exame histopatológico confirmou o diagnóstico de nevo acral benigno. Em retrospecto, poderíamos ter também decidido apenas fazer o seguimento desta lesão com padrão fibrilar impressionante.



Figura 199 Melanoma

Esta é uma proliferação melanocítica acral com um padrão paralelo pronunciado. Observe que as faixas pigmentadas são mais amplas do que as linhas esbranquiçadas no meio. Isto é sugestivo de um padrão paralelo-crista, e, portanto, esta lesão foi imediatamente excisada. O exame histopatológico confirmou o diagnóstico de um melanoma Ientiginoso acral *in situ*.



Figura 200 Melanoma

Esta imagem mostra a periferia de um melanoma acral com um padrão de cristas paralelas. Esta lesão assimétrica é composta por várias linhas cinza-amarronzadas, espessadas nas cristas da pele. Observe os sulcos pigmentados e indícios de colar de pérolas nas cristas. Lembre-se de que o padrão de cristas paralelas é patognomônico para o melanoma acral. A grande armadilha é que o padrão de cristas paralelas pode ser mal interpretado como um padrão de sulcos paralelos e o melanoma pode ser mal diagnosticado. Olhar para a lesão clinicamente com frequência ajuda a decidir o que fazer.

Seis critérios para o diagnóstico de lesões não melanocíticas

Para diagnosticar lesões cutâneas pigmentadas não melanocíticas, deve haver uma ausência de critérios para lesões melanocíticas (rede pigmentar, glóbulos, estrias, padrões homogêneos e paralelos) e a presença de critérios considerados específicos para carcinoma basocelular, ceratose seborreica, hemangioma ou dermatofibroma.

Manchas azul-acinzentadas

As manchas azul-acinzentadas são áreas sem estrutura que são redondas a ovais e frequentemente de forma irregular. A cor varia de marrom-acinzentado a azul-acinzentado.

Em nível histopatológico, elas representam agregações sólidas fortemente

pigmentadas de células basaloides na derme papilar de carcinoma basocelular superficial ou nodular. As manchas azul-acinzentadas são um achado patognomônico no carcinoma basocelular pigmentado, especialmente quando associadas a vasos arboriformes e na ausência de critérios observados em lesões melanocíticas.

Vasos arboriformes

Os vasos arboriformes são vasos com eritrócitos distintos, espessados e ramificados, de aspecto semelhante aos ramos de uma árvore.

Histopatologicamente, eles representam circulação arterial dilatada que alimenta o tumor. Os vasos arboriformes são 99% diagnósticos de carcinoma basocelular. Raramente eles podem ser encontrados em nevos intradérmicos ou melanomas sem traços característicos.

Cistos semelhantes a *milium*

Os cistos semelhantes a *milium* são estruturas de tamanhos variados, brancas ou amareladas, redondas. Em nível histopatológico, eles representam glóbulos córneos intraepidérmicos, também chamados de pseudocistos córneos, um achado histopatológico comum na ceratose seborreica acantótica. Vários cistos semelhantes a *milium* são encontrados predominantemente nas ceratoses seborreicas, mas também podem estar presentes em nevos dérmicos papilomatosos e, raramente, alguns deles são observados em melanomas.

Orifícios semelhantes a comedões

Os orifícios semelhantes a comedões referem-se a estruturas marrom-amareladas ou marrom-escuras, de formato irregular, nitidamente circunscritas. Histopatologicamente, eles representam tampões de ceratina dentro de orifícios foliculares dilatados. Em virtude da oxidação do material ceratinoso, eles frequentemente têm uma cor marrom-amarelada ou marrom-escura até preta. Os orifícios semelhantes a comedões são encontrados predominantemente em ceratoses seborreicas, mas também podem ser observados em nevos dérmicos papilomatosos.

Às vezes, é difícil diferenciar orifícios semelhantes a comedões escuros de glóbulos observados em lesões melanocíticas.

Lacunas vermelho-azuladas

As lacunas vermelhas surgem como estruturas bem demarcadas, redondas a ovais. A cor pode variar desde o vermelho, vermelho-azulado, vermelho-escuro até o preto. A

cor esbranquiçada é também observada com frequência em lesões vasculares. Em nível histopatológico, as lacunas vermelhas representam espaços vasculares dilatados localizados na derme superior. As lacunas com cor vermelho-escura a preta representam espaços vasculares que estão parcial ou completamente trombosados. As lacunas vermelhas são o critério estereotípico de hemangiomas e angioceratomas. Estruturas de aspecto semelhante também podem ser observadas em hematomas subungueais e subcórneos.

Mancha branca central

A mancha branca central diagnóstica de dermatofibromas é uma área bem circunscrita, redonda a oval, por vezes com contornos irregulares, de cor branco-óssea-leitosa, em geral no centro de uma lesão firme. Há muitas variações da morfologia deste critério.

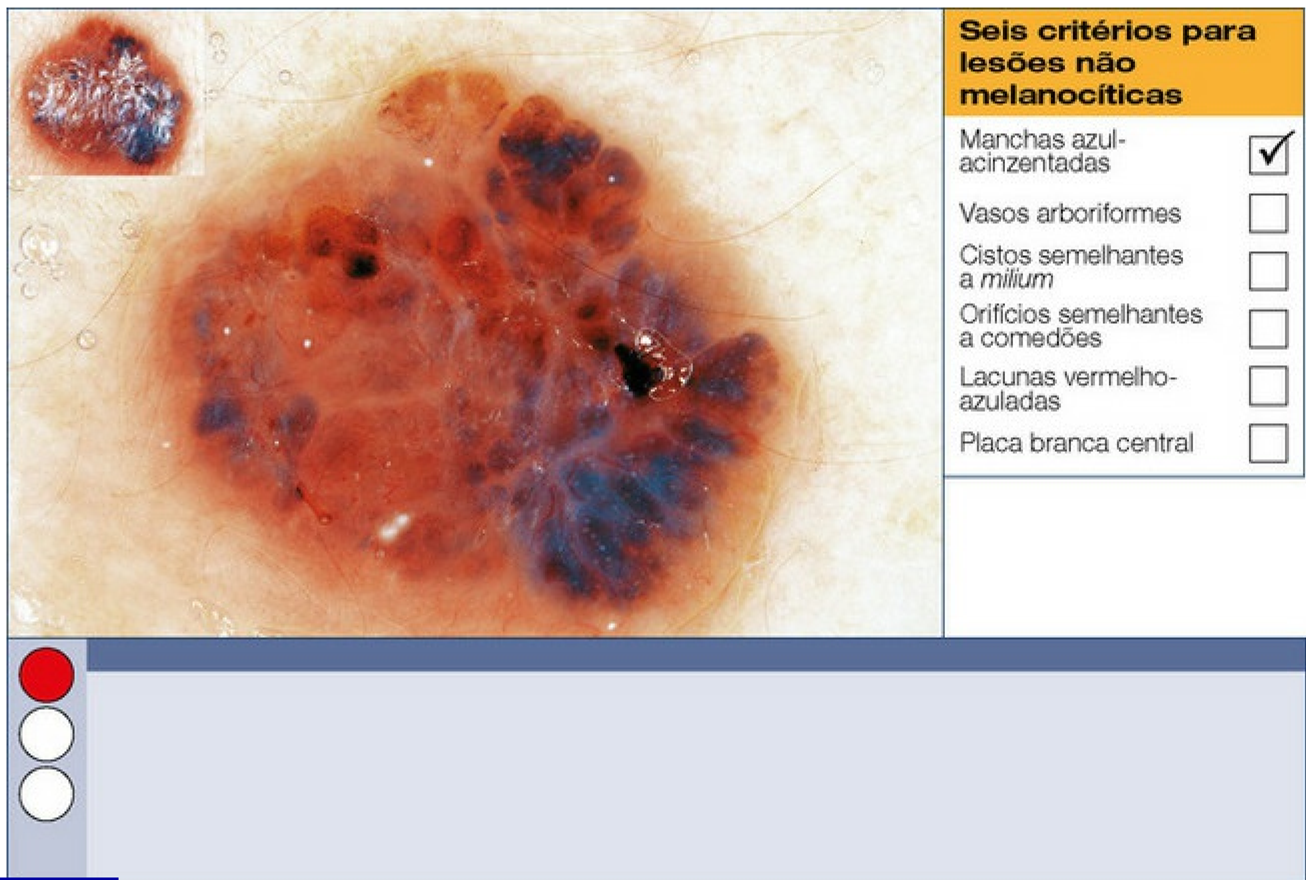


Figura 201 Carcinoma basocelular

Vasos arboriformes típicos de carcinoma basocelular são difíceis de visualizar; portanto, isso pode ser facilmente confundido com um melanoma. As estruturas azul-esbranquiçadas e as manchas azul-azicentadas também favorecem um diagnóstico de melanoma, mas, neste caso, acabou por ser um carcinoma basocelular. Estruturas azul-esbranquiçadas são encontradas não só em melanomas, mas também em carcinomas basocelulares. Nem sempre é possível diferenciar melanoma de carcinoma basocelular com dermatoscopia.



Figura 202 Carcinoma basocelular

Não pressione fortemente uma lesão com vasos como estes, porque eles podem branquear. Este é um quadro dermatoscópico clássico de um carcinoma basocelular com vasos arboriformes (seta) – como os galhos de uma árvore grande. Raramente o melanoma amelanótico tem esse aspecto. Outros critérios não são necessários para fazer o diagnóstico dermatoscópico de carcinoma basocelular.

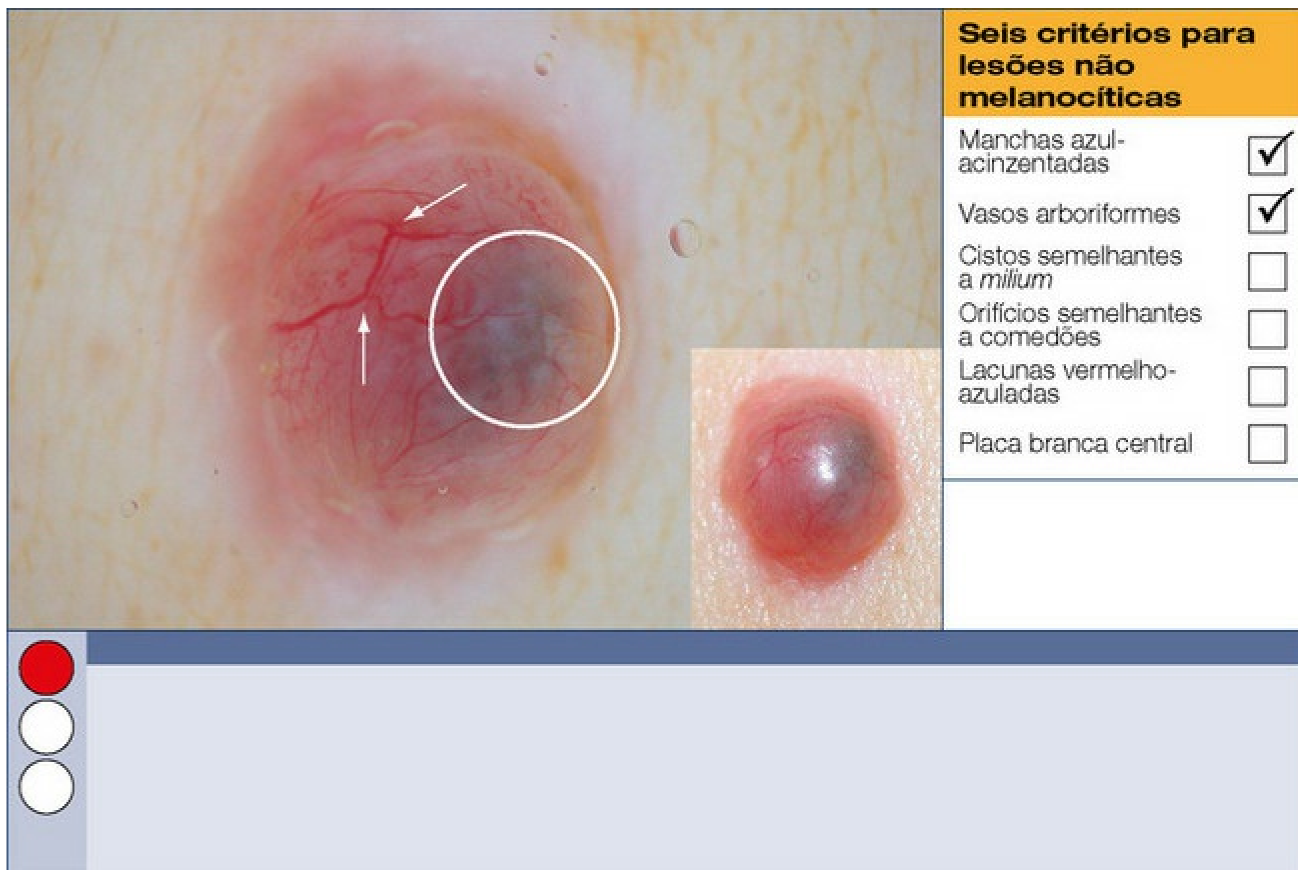


Figura 203 Carcinoma basocelular

Há uma ausência de critérios nesta lesão para diagnosticar uma lesão melanocítica; portanto, procure critérios para diagnosticar uma lesão não melanocítica. Vasos arboriformes (setas) e uma mancha azul-acinzentada (círculo) levam ao diagnóstico de carcinoma basocelular.



Figura 204 Carcinoma basocelular

Esta é uma lesão fortemente pigmentada, mas após o dermoscopista visualizar algumas delas, o diagnóstico é bastante fácil. Existem diferentes tamanhos e formas de manchas azul-acinzentadas (setas) e alguns vasos arboriformes proeminentes, mas não típicos. Não se esqueça de que nem todo critério morfológico em uma determinada lesão é estereotípico. O diagnóstico diferencial inclui um nevo atípico azul e, mais importante, um melanoma nodular. Tenha em mente que, nas lesões nodulares ambíguas, um diagnóstico histopatológico é obrigatório!



Figura 205 Carcinoma basocelular

Cor rosa – cuidado. Desenvolva um diagnóstico diferencial dermatoscópico, porque nem todos os casos são evidentes. Há uma ausência de critérios para diagnosticar uma lesão melanocítica; portanto, o próximo passo é considerar que lesão não melanocítica é esta. Ela não se parece com ceratose seborreica, dermatofibroma ou hemangioma; portanto, poderia ser um carcinoma basocelular. Existem alguns focos com ulceração recoberta por crostas (setas), que favorecem o diagnóstico de carcinoma basocelular. A lesão não tem vasos arboriformes proeminentes, mas vasos microarboriformes finos estão espalhadas por toda a sua extensão, sustentando o diagnóstico de um carcinoma basocelular. Raramente um melanoma poderia também ter esse aspecto.



Figura 206 Carcinoma basocelular

Às vezes o diagnóstico é nítido, como é o caso deste carcinoma basocelular. Há vasos arboriformes e microarboriformes delicados mas típicos, e existem muitas variações da morfologia observada com manchas azul-acinzentadas. Basicamente não há diagnóstico diferencial aqui.

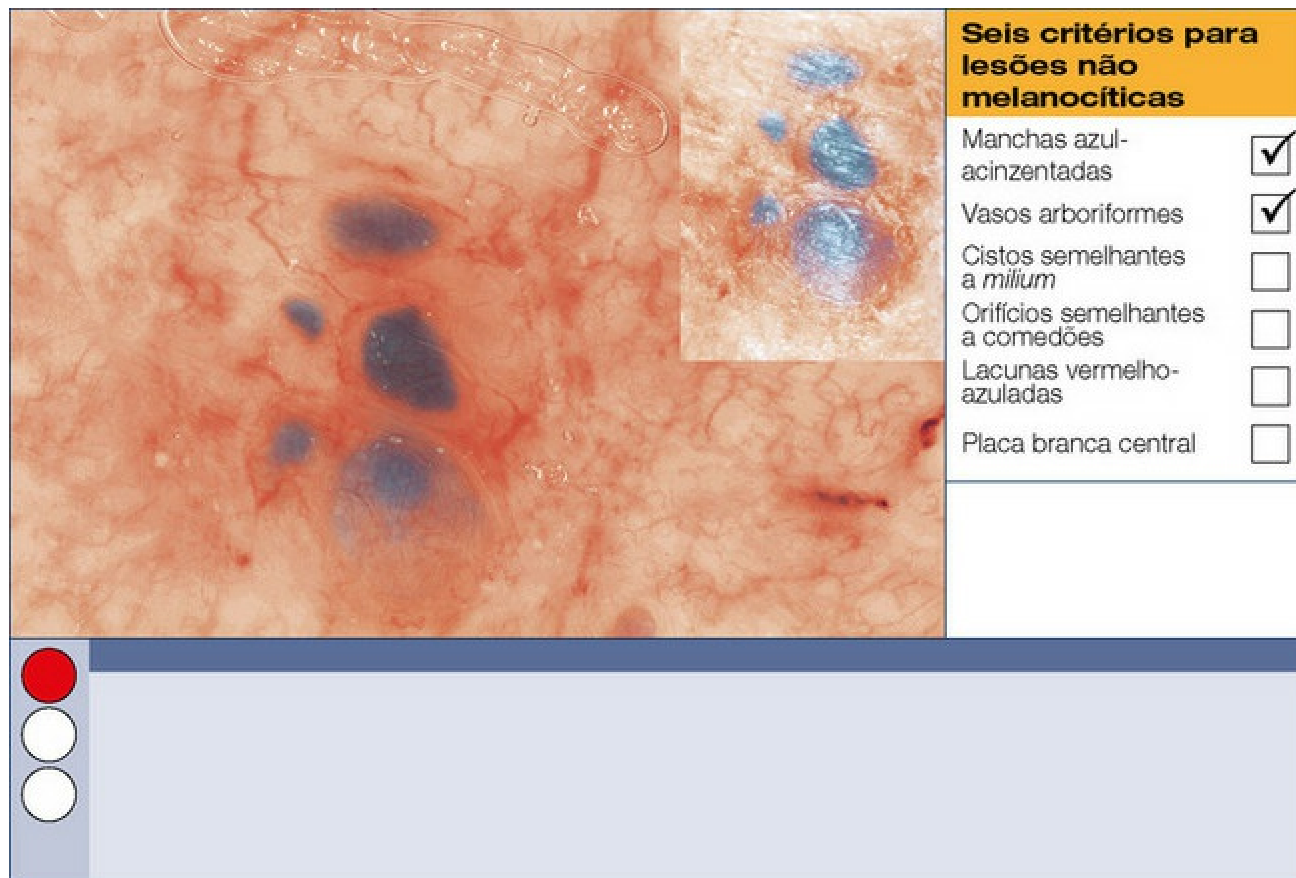


Figura 207 Carcinoma basocelular

Este é um carcinoma basocelular estereotípico com vasos arborizados e várias manchas azul-acinzentadas.



Figura 208 Carcinoma basocelular

Mais uma vez, este é um exemplo estereotípico de carcinoma basocelular com grande mancha de pigmentação azul-acinzentada (círculo) e alguns focos de vasos arboriformes (asteriscos). Além disso, existem, principalmente na periferia, focos de ulcerações cobertas com crostas (setas). Mesmo o novato em dermatoscopia diagnosticará este carcinoma basocelular com confiança!



Figura 209 Carcinoma basocelular

Esta lesão apresenta três critérios de diagnóstico de um carcinoma basocelular – ulceração (círculos), vasos arboriformes (asterisco) e manchas azul-acinzentadas (setas). Para um novato, o padrão desta lesão pode parecer semelhante ao padrão estelar observado em nevos de Spitz, mas os vasos sanguíneos arboriformes a ulceração nunca são encontrados nesses nevos.

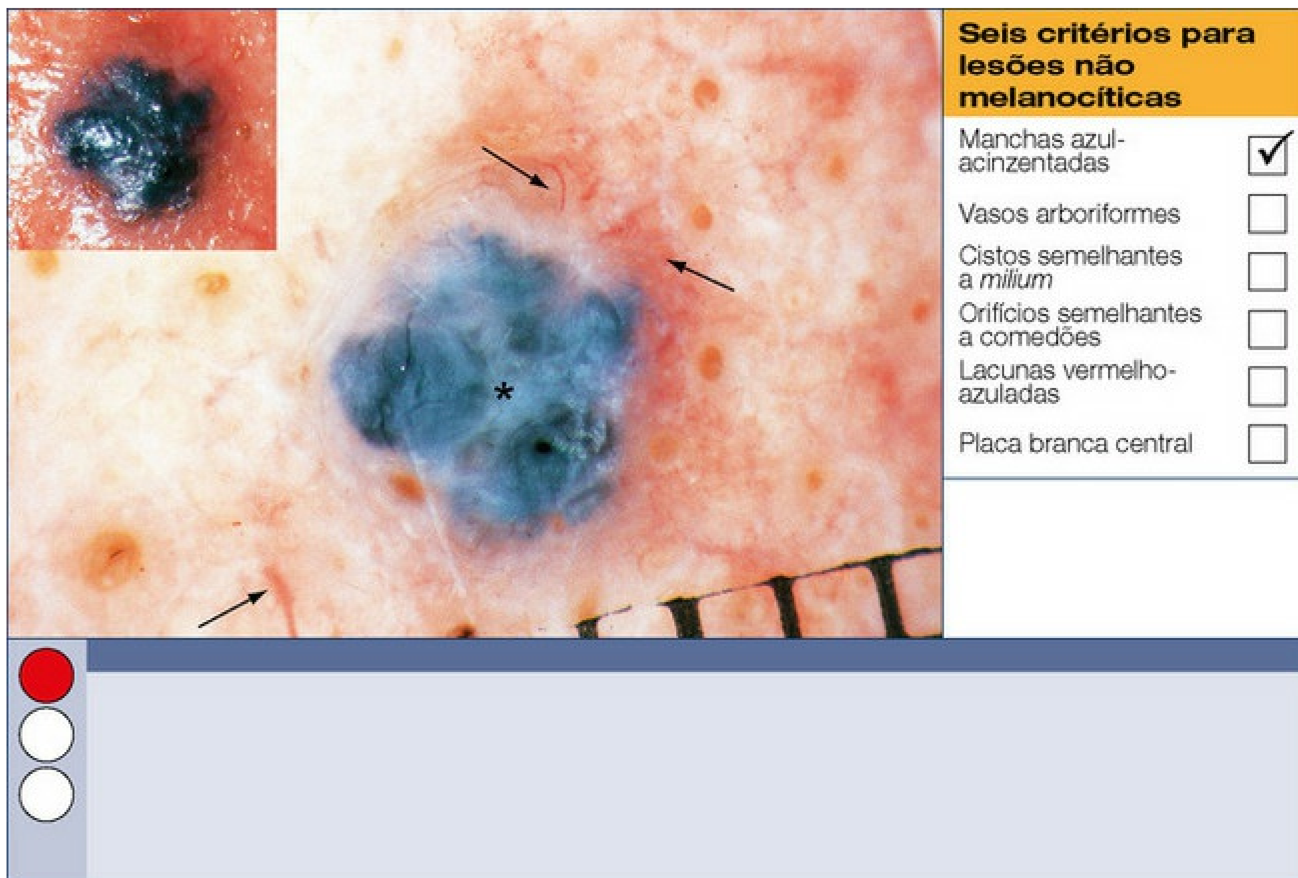


Figura 210 Carcinoma basocelular

Nesta lesão, há manchas azul-acinzentadas, uma estrutura azul-esbranquiçada (asterisco) e vasos sanguíneos nitidamente delineados (setas). O diagnóstico diferencial inclui carcinoma basocelular, nevos atípicos azuis e melanoma nodular. Os vasos sanguíneos (setas) favorecem o diagnóstico de carcinoma basocelular, mesmo que eles não sejam vasos ramificados estereotípicos.



Figura 211 Carcinoma basocelular

Este é outro carcinoma basocelular nodular pequeno caracterizado por inúmeras manchas azul-acinzentadas claramente visíveis. Há também indícios de vasos arboriformes; no entanto, este critério não funciona muito bem aqui, pois alguns desses vasos estão presentes até mesmo fora da lesão. Faltam critérios para diagnosticar uma lesão melanocítica. Ainda assim, o aspecto clínico deve ser suficiente para justificar um diagnóstico histopatológico. Nunca se esqueça de que melanomas hipomelanóticos podem enganar, às vezes, até o dermoscopista especialista.



Figura 212 Carcinoma basocelular

Aqui está outro carcinoma basocelular com áreas de microulcerações cobertas por crostas (círculo), vasos sanguíneos arboriformes e manchas azul-acinzentadas (asteriscos). Este é um exemplo bastante claro de carcinoma basocelular, mas não se esqueça de desenvolver um diagnóstico diferencial dermatoscópico, porque haverá surpresas de vez em quando.



Figura 213 Carcinoma basocelular

Este exemplo mostra outra variação da morfologia observada com carcinoma basocelular. Estatisticamente, esta imagem dermatoscópica será um carcinoma basocelular, mas melanoma amelanótico também pode ter essa aparência.



Figura 214 Carcinoma basocelular

Com aparência bastante marcante, esta lesão deve ser maligna, então é um melanoma ou carcinoma basocelular? Há manchas cinza-azuladas na maior parte da periferia da lesão em um alinhamento semelhante a um anel, mas nenhum indício de vasos arboriformes. O dermoscopista mais experiente reconhecerá as chamadas estruturas semelhantes a folhas de barro (círculos), um critério clássico para carcinoma basocelular pigmentado, ao passo que o novato pode interpretá-las como estrias irregulares de um melanoma. Não importa: esta lesão precisa ser extirpada!

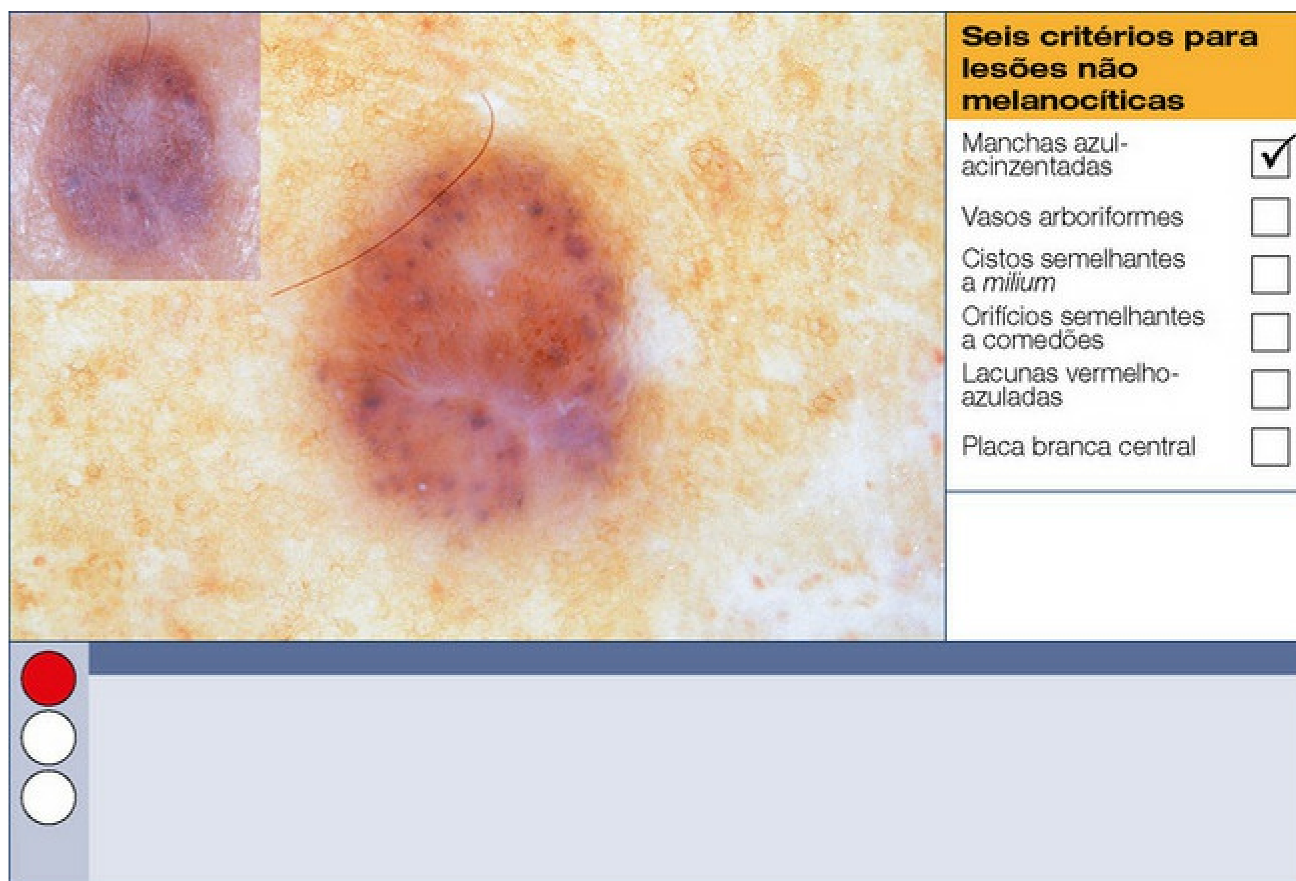


Figura 215 Carcinoma basocelular

Esta pequena lesão rosa apresenta manchas azul-acinzentadas sutis, vasos não arboriformes lineares pequenos e estruturas azul-esbranquiçadas. Mais uma vez, a ausência de critérios necessários para diagnosticar uma lesão melanocítica aponta para o diagnóstico dermatoscópico de um carcinoma basocelular. Se há percepção de que esta lesão não é benigna, a dermatoscopia serviu ao seu propósito. Esta é uma lesão de zona acinzentada, e um melanoma hipomelanótico precisa ser excluído.

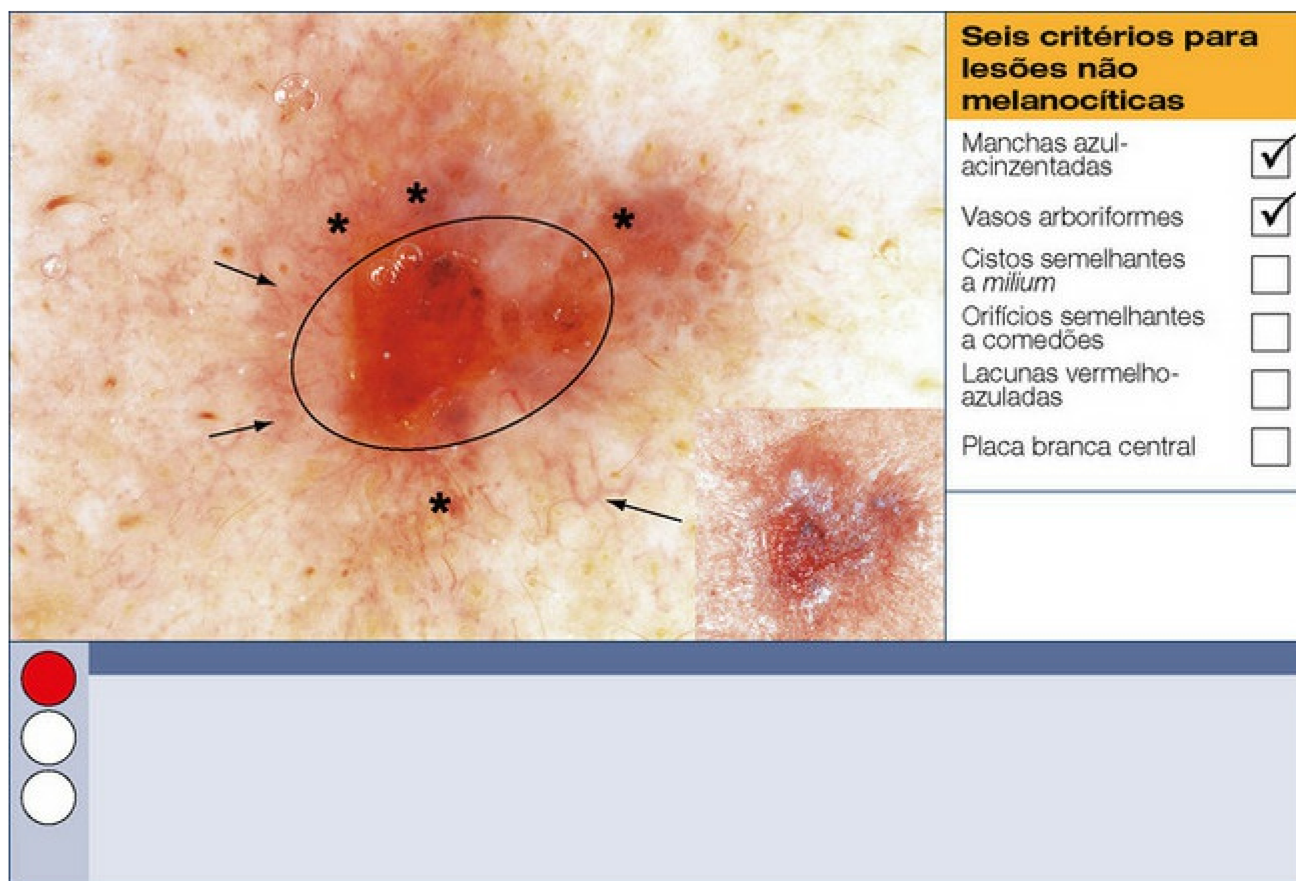


Figura 216 Carcinoma basocelular

A maior parte desta lesão é coberta por uma crosta em virtude da ulceração (círculo). Há também pequenos vasos arboriformes (setas) e manchas azul-acinzentadas (asteriscos). A pigmentação observada em carcinomas basocelulares pode ser marrom, cinza ou azul. Pode formar estruturas bem definidas ovoides ou ser indistinta. Quanto mais lesões um dermoscopista diagnosticar, melhor ele irá compreender este princípio dermatoscópico básico. Existem inúmeras variações de todos os critérios dermatoscópicos.



Figura 217 Carcinoma basocelular

Esta é uma lesão rosa muito inespecífica. É extremamente difícil de diagnosticar tanto para o dermatoscopista novato, quanto para o especialista em dermatoscopia. As manchas azul-acinzentadas sutis e os vasos microarboriformes são o único indício de um carcinoma basocelular. Observe que esses critérios podem ser facilmente confundidos com os glóbulos azul-acinzentadas encontrados em uma proliferação melanocítica e com os vasos lineares irregulares de um melanoma. Você deve lidar com esta lesão como um melanoma amelanótico!



Figura 218 Carcinoma basocelular

Este carcinoma basocelular fortemente pigmentado revela bem a variação sobre o tema das manchas azul-acinzentadas. Manchas grandes proeminentes estão presentes no centro e manchas ou glóbulos azul-acinzentados pequenos redondos a ovoides (círculos), na periferia. Vasos arborizados são claramente visíveis nas partes não pigmentadas deste carcinoma basocelular.



Figura 219 Carcinoma basocelular

Este é outro carcinoma basocelular rosa que lembra um melanoma amelanótico. Observando de perto, vários focos com estruturas semelhantes a folhas de barros (círculos) são observados e possibilitam a realização do diagnóstico de carcinoma basocelular, provavelmente apenas por dermoscopista experiente. Os critérios clássicos para o carcinoma basocelular em que nos concentramos neste guia de dermatoscopia, ou seja, manchas azul-acinzentadas e vasos arboriformes, não são visíveis neste carcinoma basocelular.



Figura 220 Carcinoma basocelular

Este carcinoma basocelular nodular fortemente pigmentado é praticamente indistinguível de um melanoma nodular fortemente pigmentado. Existem inúmeras manchas confluentes azul-acinzentadas presentes em toda a lesão – um achado também observado em um melanoma nodular. Não se esqueça de que, neste cenário clínico, a decisão correta de tratamento é mais relevante do que o diagnóstico puro.

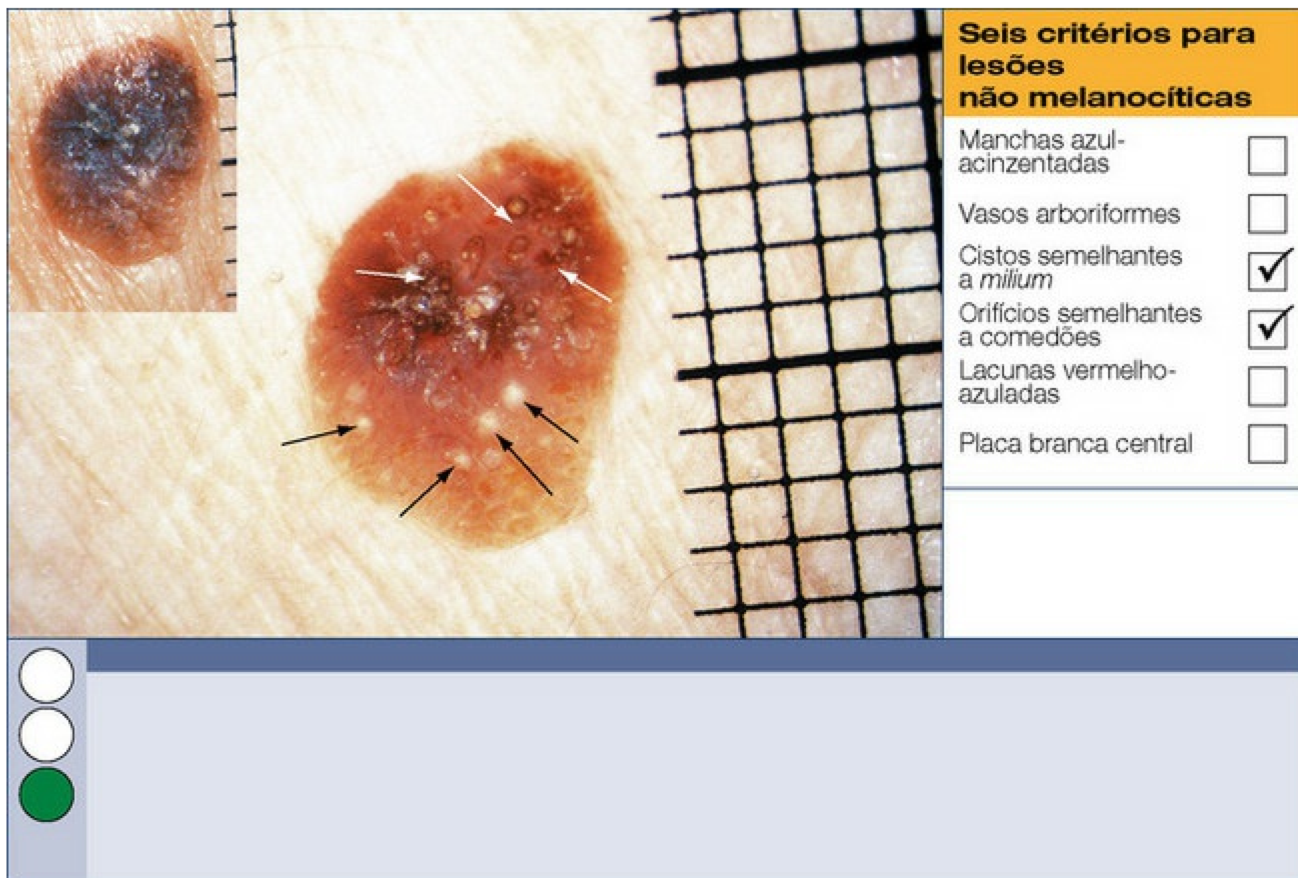


Figura 221 Ceratose seborreica

Os principais critérios dermatoscópicos nesta placa plana são cistos semelhantes a *milium* (setas pretas) e orifícios semelhantes a comedões (setas brancas), que são diagnósticos de ceratose seborreica. Usando esses critérios, este é um caso fácil de diagnosticar.

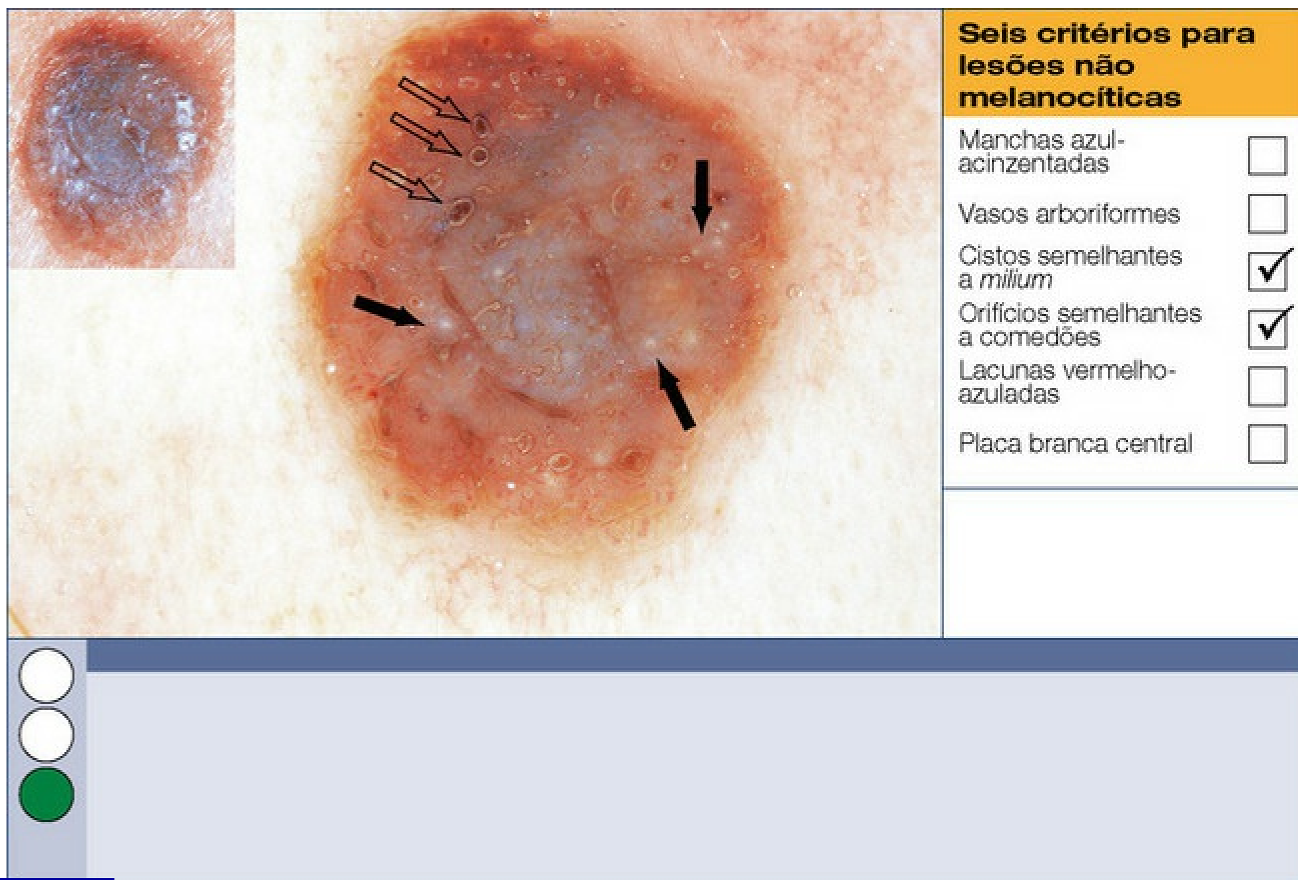


Figura 222 Ceratose seborreica

Nesta variante de ceratose seborreica, orifícios semelhantes a comedões (setas abertas) e cistos semelhantes a *milium* (setas sólidas) são claramente observados. A cor acinzentada maciça e a ausência de critérios específicos para lesões melanocíticas argumentam contra o diagnóstico diferencial de um nevo melanocítico papilomatoso.

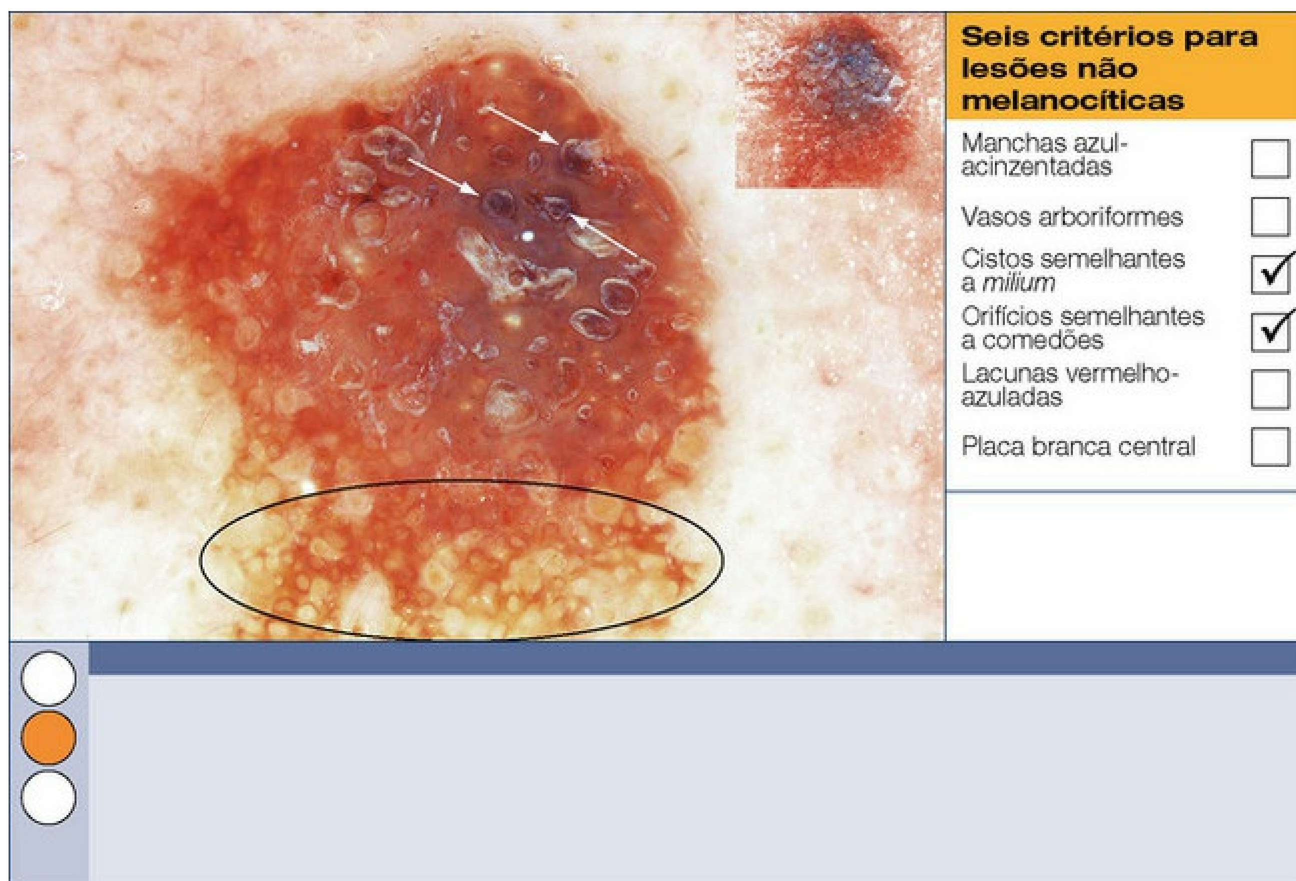


Figura 223 Ceratose seborreica

Esta lesão mostra bons exemplos de orifícios semelhantes a comedões bem-desenvolvidos (setas) e alguns cistos semelhantes a *milium*. Existe uma rede pigmentar na parte inferior da lesão (círculo)? Não – é uma pseudorrede formada pelas aberturas dos folículos na face (critério específico do local). Eles não estão formando as estruturas romboidais de um lentigo maligno.

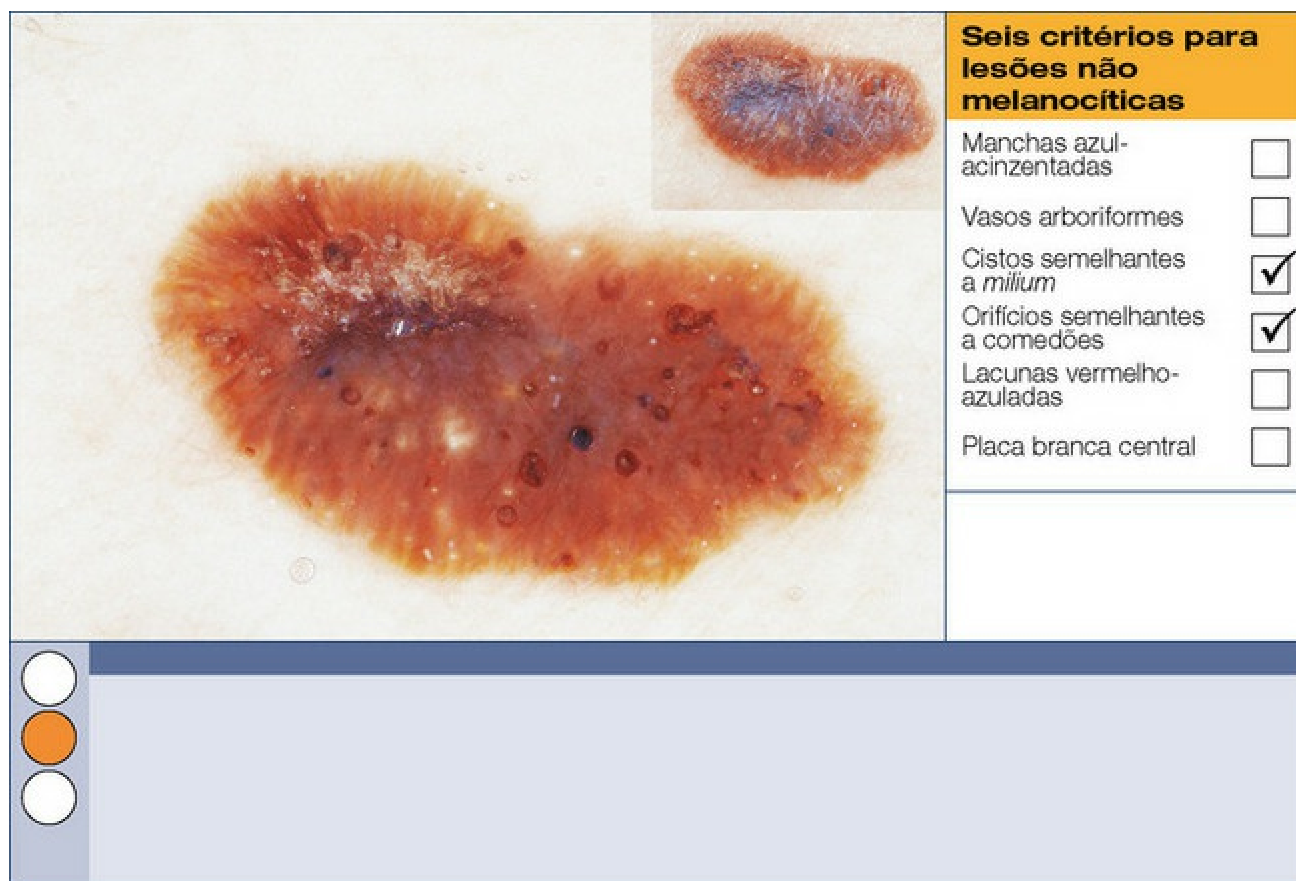


Figura 224 Ceratose seborreica

Esta placa plana é caracterizada por múltiplos orifícios semelhantes a comedões e alguns cistos semelhantes a *milium*. Observando atentamente as bordas da lesão, pode-se pensar que existe um padrão estelar de um nevo de Spitz. Os orifícios semelhantes a comedões e os cistos semelhantes a *milium*, em regra, não são observados em um nevo de Spitz. Talvez pudesse ser descrito como um padrão pseudoestelar.



Figura 225 Ceratose seborreica

Às vezes, ceratoses seborreicas são notavelmente assimétricas em forma, estrutura e cor, e a imagem clínica apoia fortemente essa observação. A dermatoscopia revela claramente vários orifícios semelhantes a comedões (círculos) e, além disso, alguns pequenos cistos semelhantes a *milium* (setas). Muito raramente, os orifícios semelhantes a comedões e os cistos semelhantes a *milium* são encontrados também em melanomas superficiais e, portanto, acendem o sinal laranja. É melhor biopsiar uma ceratose seborreica do que negligenciar um melanoma!

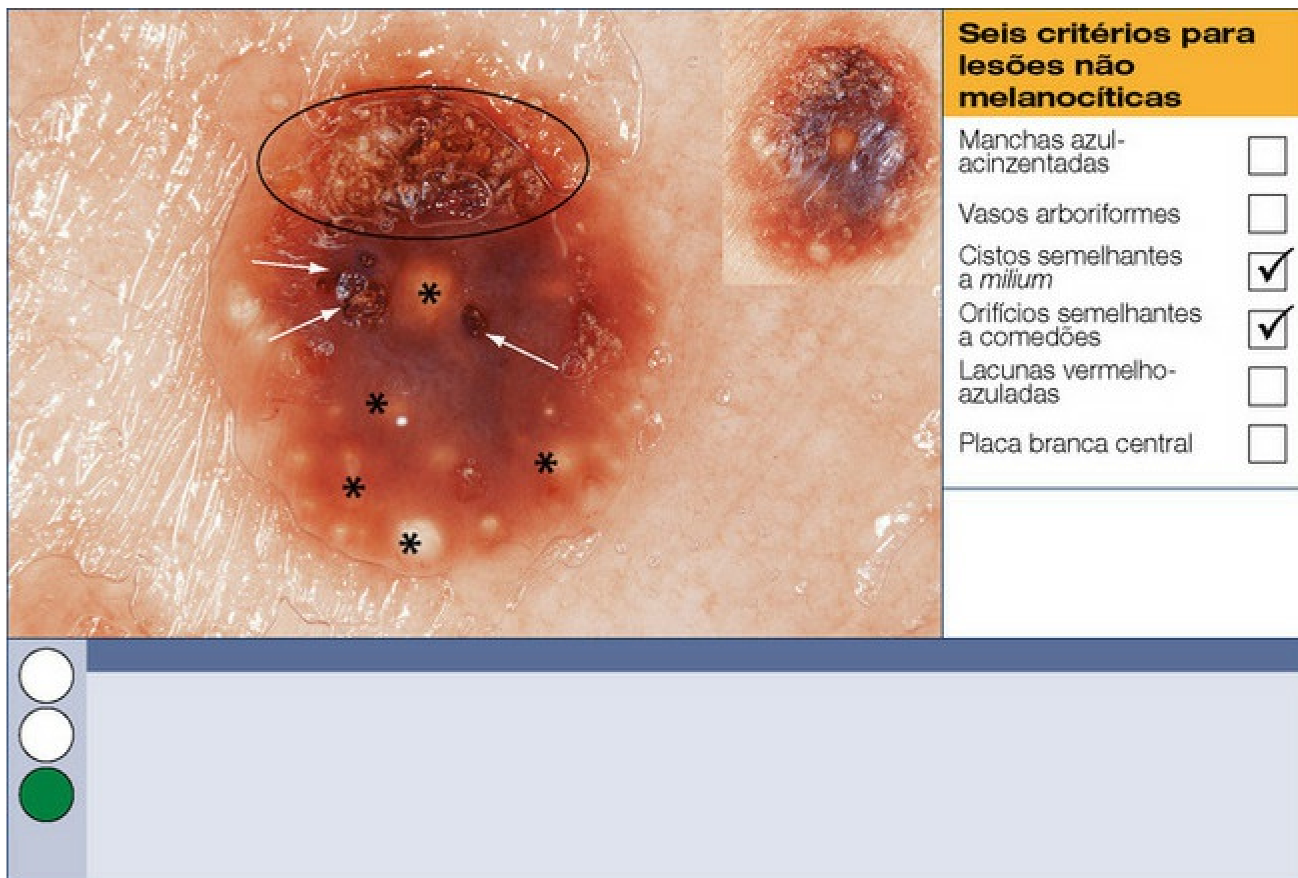


Figura 226 Ceratose seborreica

Cistos semelhantes a *milium* de cor opaca (asteriscos) e orifícios semelhantes a comedões (setas) são observados nesta lesão com superfície verrucosa (círculo). Esta lesão deve ser de facilmente diagnosticada dermatoscopicamente como ceratose seborreica neste momento.

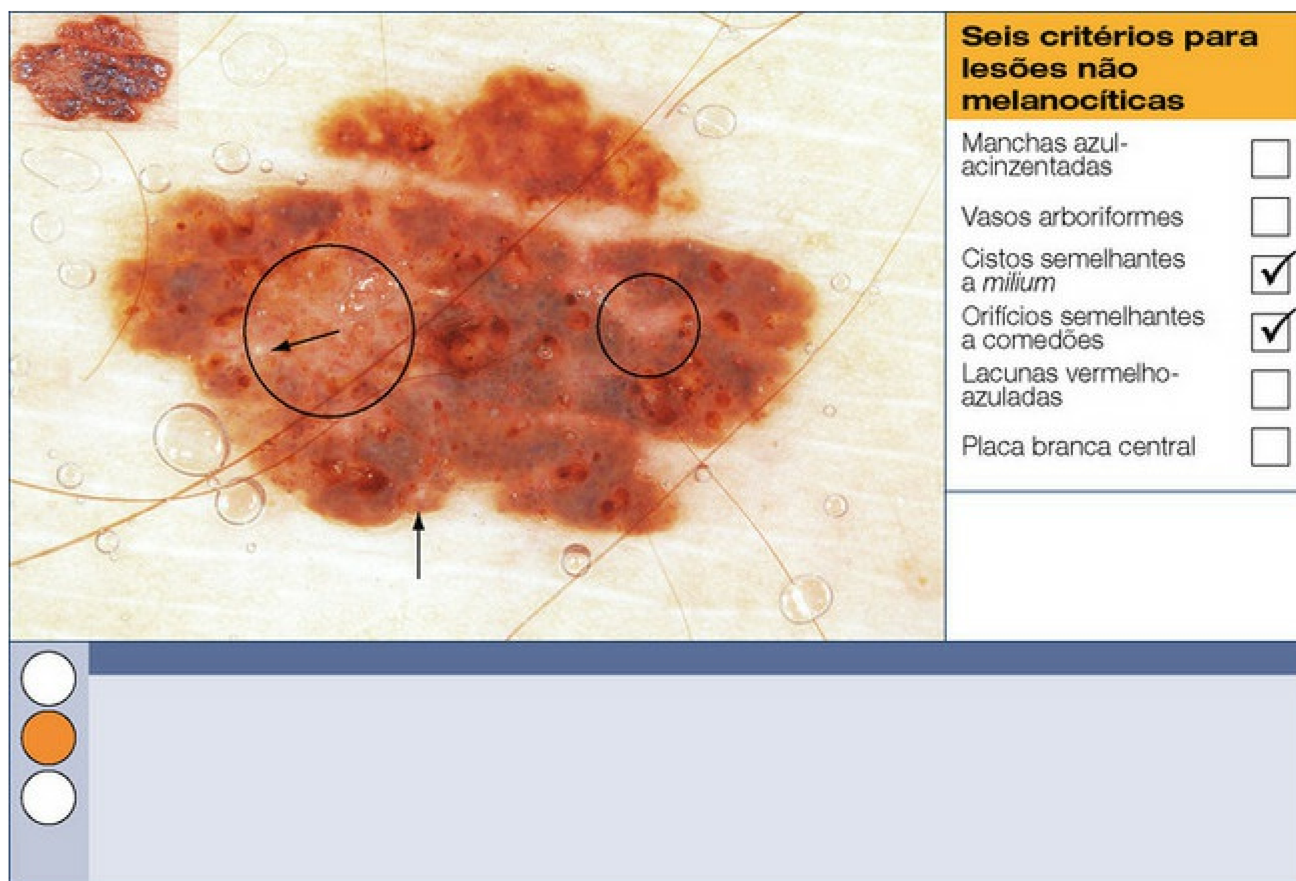


Figura 227 Ceratose seborreica

Em comparação com o caso mostrado na Figura 226, este não é tão fácil de diagnosticar. Esta lesão é separada por alguns sulcos, e há muitos orifícios semelhantes a comedões. Não os confunda com os glóbulos de uma lesão melanocítica. Cistos semelhantes a *milium* sutis são difíceis de encontrar (setas). Há também áreas de hipopigmentação (círculos), que podem ser observadas na ceratose seborreica. Em decorrência das estruturas azul-esbranquiçadas acentuadas em toda a lesão, recomenda-se uma excisão diagnóstica para excluir melanoma.

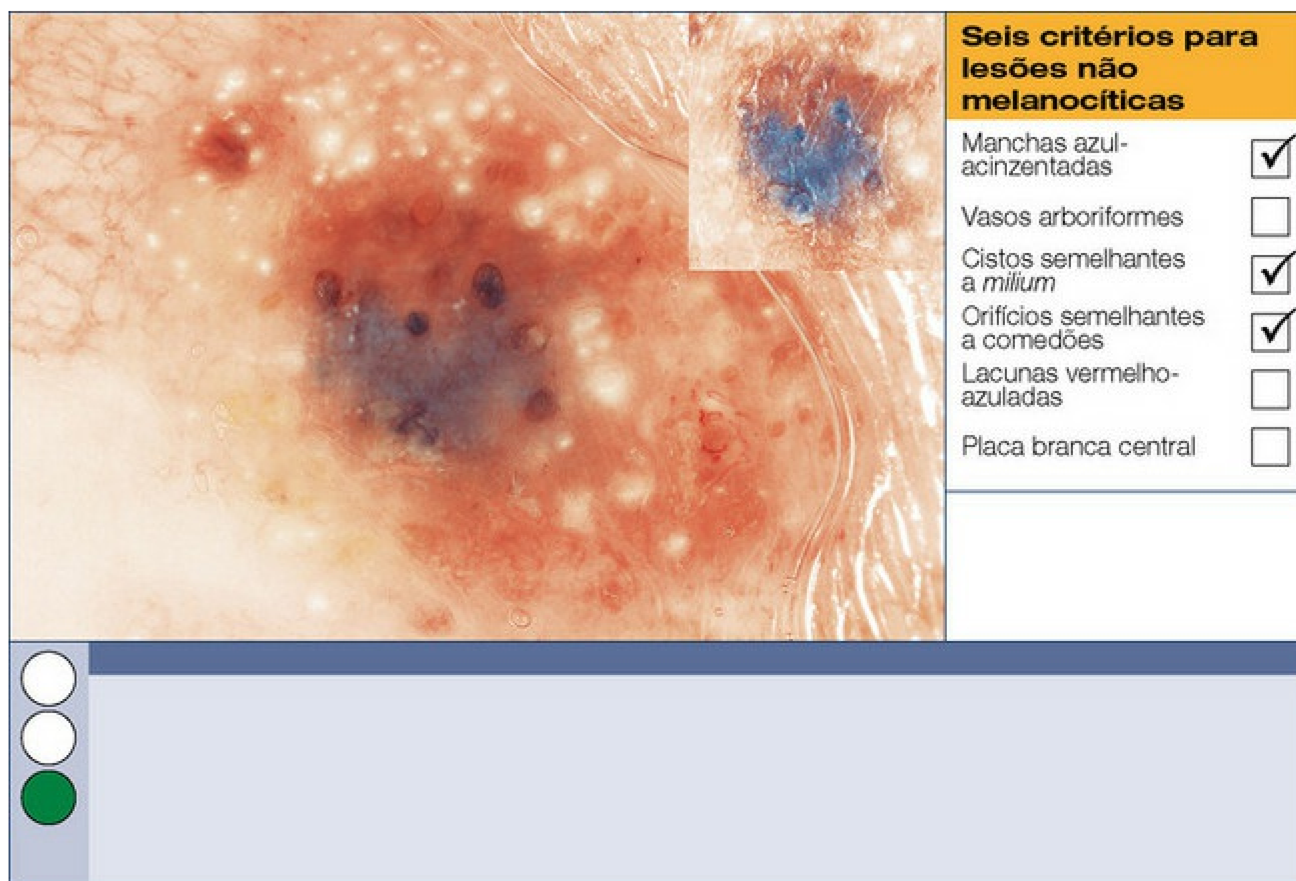


Figura 228 Ceratose seborreica

Um caso claro de ceratose seborreica com inúmeros cistos semelhantes a *milium* e alguns orifícios semelhantes a comedões. Por causa desses critérios diretos, estamos acendendo o sinal verde, apesar da evidente assimetria desta lesão.

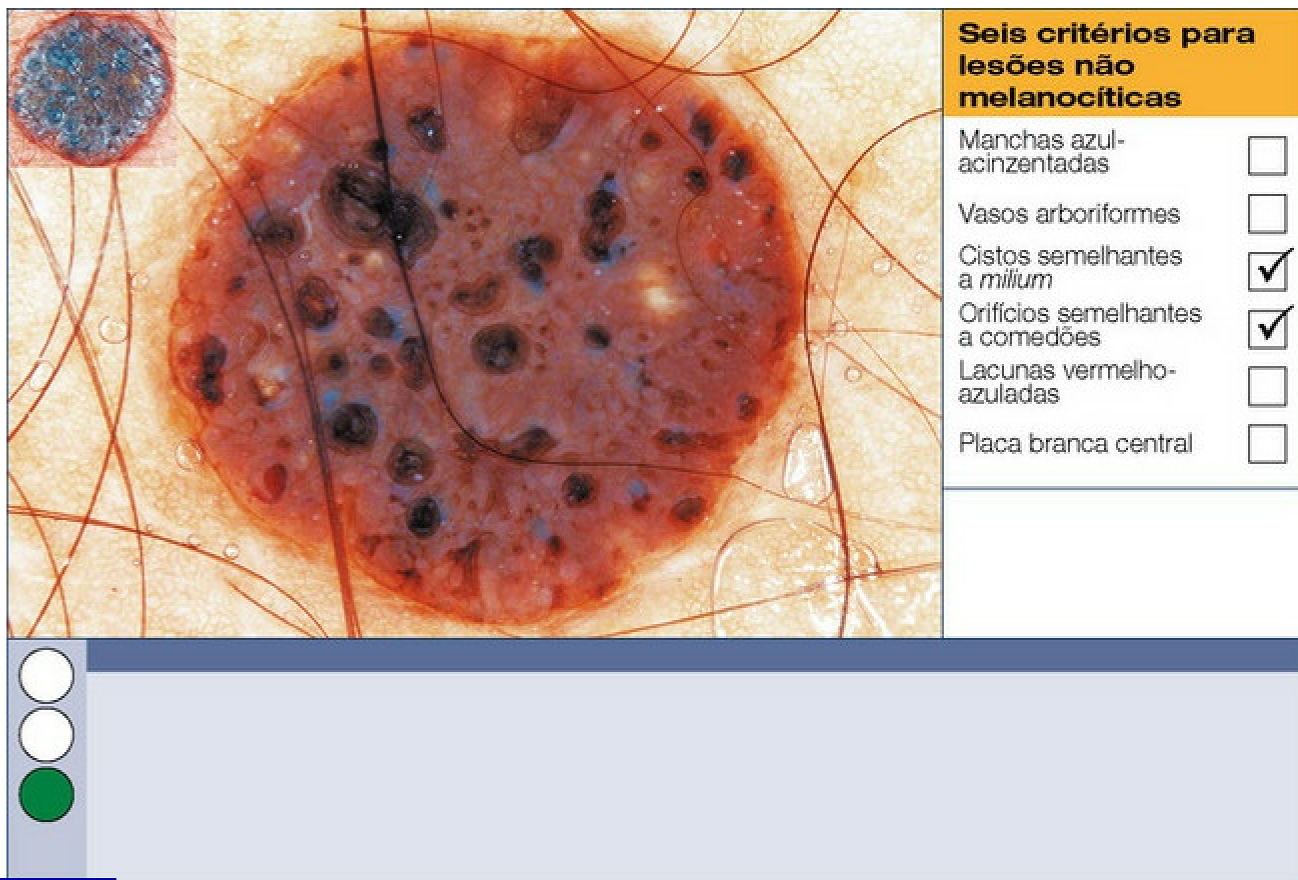


Figura 229 Ceratose seborreica

Esta é outra ceratose seborreica estereotípica caracterizada por inúmeros orifícios semelhantes a comedões e apenas alguns cistos semelhantes a *milium*. Os critérios para lesão melanocítica estão ausentes.

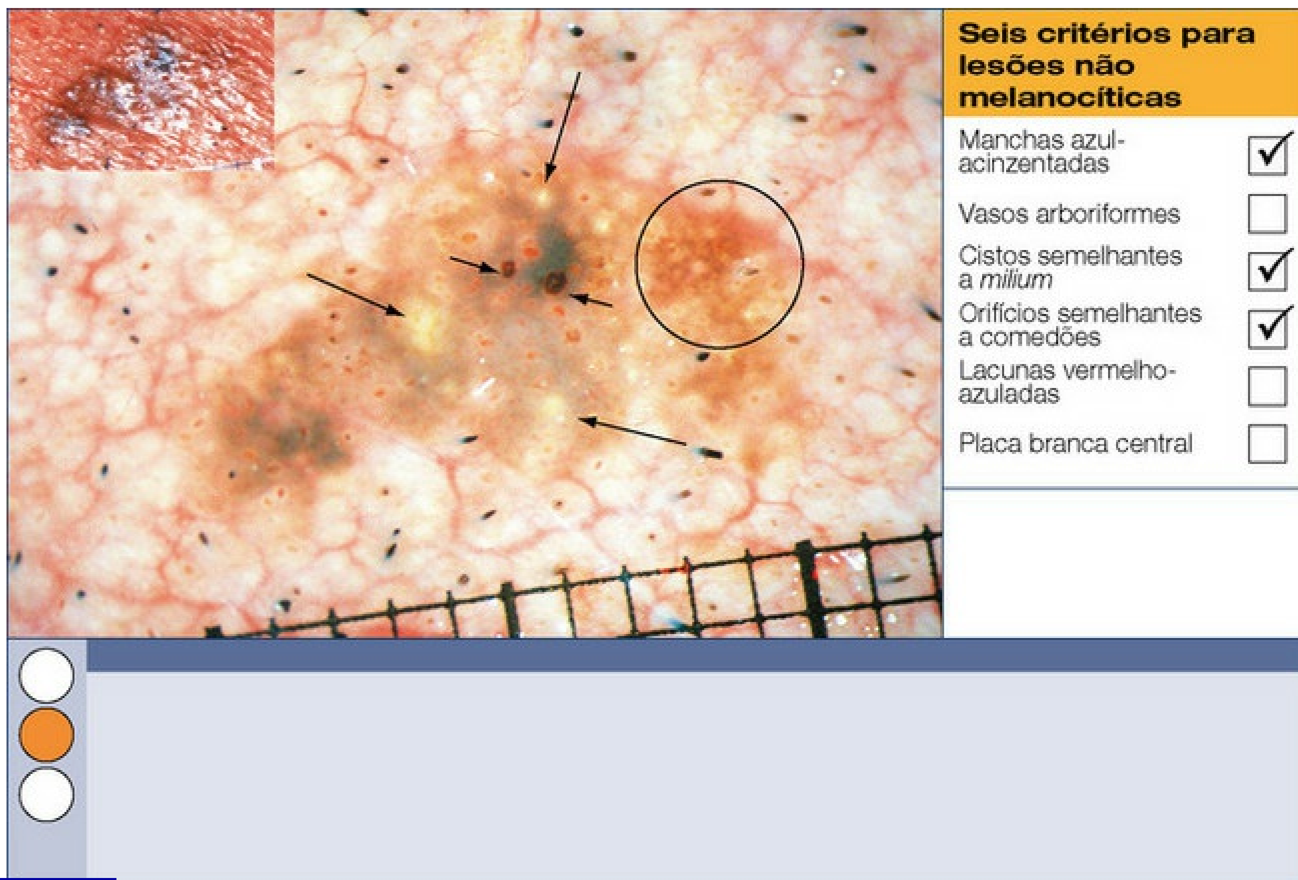


Figura 230 Ceratose seborreica

Nesta lesão plana na face, há cistos semelhantes a *milium* (setas curtas) e orifícios semelhantes a comedões (setas longas). Em uma parte da lesão, a pigmentação parece formar uma rede pigmentar (círculo), mas esta é uma pseudorrede pigmentada comumente observada na face. Os vasos proeminentes que circundam a lesão são um achado comum na pele danificada pelo sol.



Figura 231 Ceratose seborreica

Este é um exemplo bastante claro de um tipo acantótico de ceratose seborreica caracterizado por vários orifícios semelhantes a comedões (sem anotações, porque claramente evidentes) e poucos cistos semelhantes a *milium* (setas). Há também um indício de véu azul-esbranquiçado e, portanto, estamos acendendo o sinal laranja. Como evidenciado por este exemplo, existem muitas variações de ceratose seborreica. Lembre-se: quando em dúvida, “raspe” fora. Em palavras mais elegantes, realize uma biopsia excisional tangencial com exame histopatológico subsequente.



Figura 232 Ceratose seborreica

Este exemplo bastante estereotípico de ceratose seborreica é ligeiramente assimétrico na estrutura, porque os orifícios semelhantes a comedões bem desenvolvidos são distribuídos de maneira desigual ao longo da lesão. Além disso, a imagem clínica mostra bem o aspecto grudado de uma ceratose seborreica clássica. O único diagnóstico diferencial relevante aqui é um nevo dérmico papilomatoso benigno, e, portanto, estamos acendendo o sinal verde.



Figura 233 Ceratose seborreica

Esta ceratose seborreica é composta por uma área pigmentada mais ou menos difusa, com cor acinzentada e inúmeros pontos avermelhados reminiscentes de vasos pontilhados. Orifícios semelhantes a comedões e cistos semelhantes a *milium* clássicos não são visíveis mesmo para o dermoscopista experiente. Com base na correlação clinicodermatoscópica, estamos confiantes de que esta é uma ceratose seborreica superficial e acendemos o sinal verde. Lembre-se: se não está tão confiante e quer descartar lentigo maligno ou carcinoma basocelular pigmentado, realize uma biopsia diagnóstica.

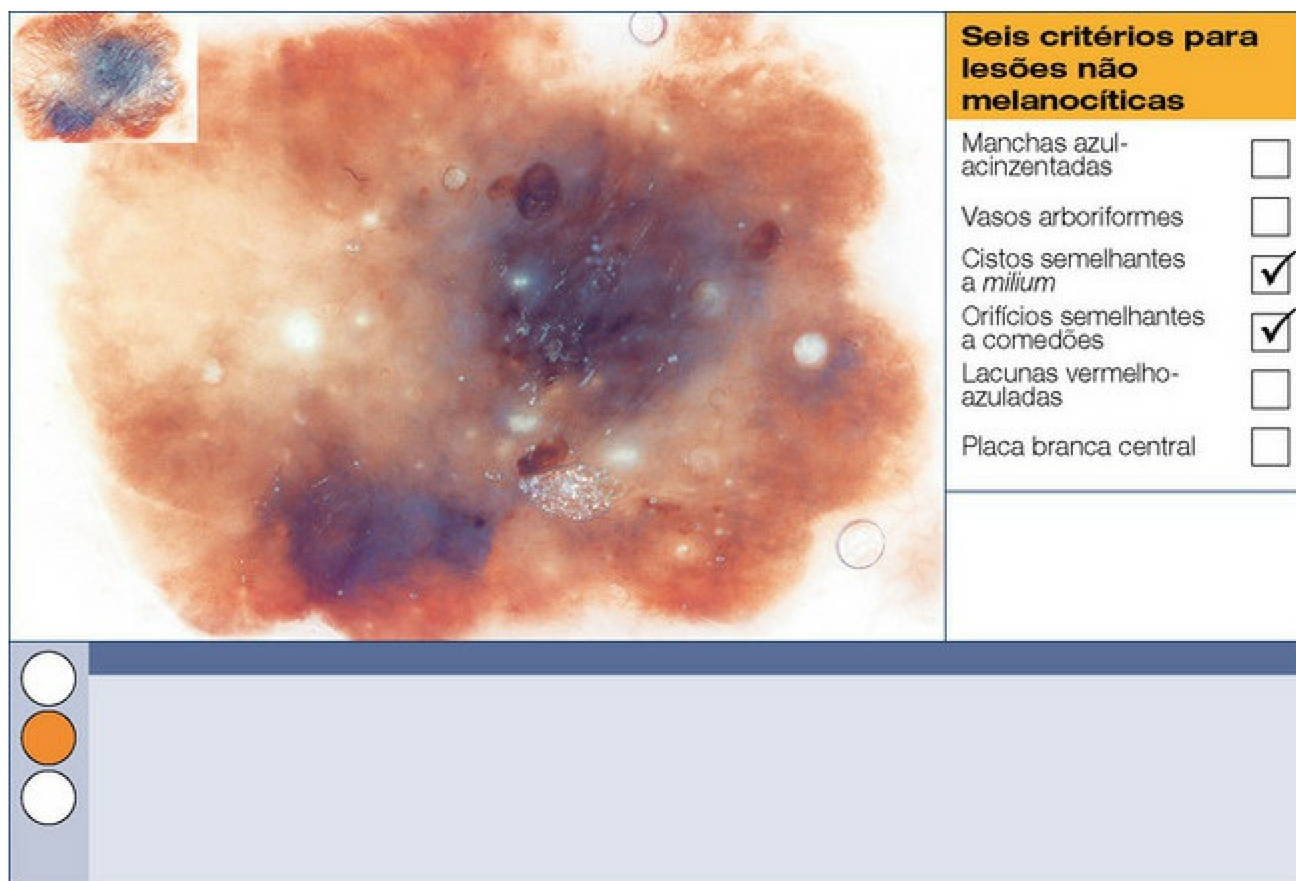


Figura 234 Ceratose seborreica

Apesar da marcante assimetria de cor e estrutura, a presença de múltiplos cistos semelhantes a *milium* e alguns orifícios semelhantes a comedões nesta lesão é praticamente diagnóstica de ceratose seborreica. No entanto, por causa das duas grandes manchas pretas, acendemos o sinal laranja e realizamos uma biopsia tangencial para descartar melanoma verrucoso incomum.



Figura 235 Ceratose seborreica

Esta é uma ceratose seborreica provavelmente decorrente de lentigo solar. Observe os muitos lentigos solares na pele moderada a gravemente danificada pelo sol em torno desta ceratose seborreica. Há poucos orifícios semelhantes a comedões (círculo) e vários chamados “dedos gordos” no polo superior desta lesão. Esses últimos poderiam ser interpretados como estrias irregulares e conduzir a um desvio para diagnóstico de melanoma superficial. Contudo, acendemos o sinal verde, pois estávamos confiantes sobre o diagnóstico de ceratose seborreica. No entanto, você está no comando de seus pacientes, e se não tiver certeza, então remova-a! Não podemos enfatizar demasiadamente este princípio básico.



Figura 236 Ceratose seborreica

Esta é uma ceratose seborreica bastante evidente, apesar da falta dos critérios clássicos, como cistos semelhantes a *milium* e orifícios semelhantes a comedões. Esta lesão é caracterizada por uma variação sobre o tema de pseudorrede marrom, e vários "dedos gordos" estão saindo na periferia. Estamos acendendo o sinal verde aqui e, com um pouco de experiência, você também vai fazer o mesmo, confiante em uma lesão morfologicamente semelhante.



Figura 237 Ceratose seborreica

Esta é ceratose seborreica irritada, bastante incomum, com coloração azulada e rosa sem quaisquer critérios clássicos para ceratose seborreica. Em uma lesão como esta, você deve ser muito objetivo e concluir que há assimetria de estrutura e cor, pois mesmo dermatoscopicamente não há nenhum indício de qualquer categoria diagnóstica. E lembre-se de que, embora o diagnóstico seja muito difícil aqui, o tratamento é bastante simples. Uma biopsia tangencial profunda ou uma biopsia excisional com uma pequena margem – ambas irão resolver o problema! Sempre peque pelo excesso e remova lesões ambíguas com um quadro dermatoscópico confuso.

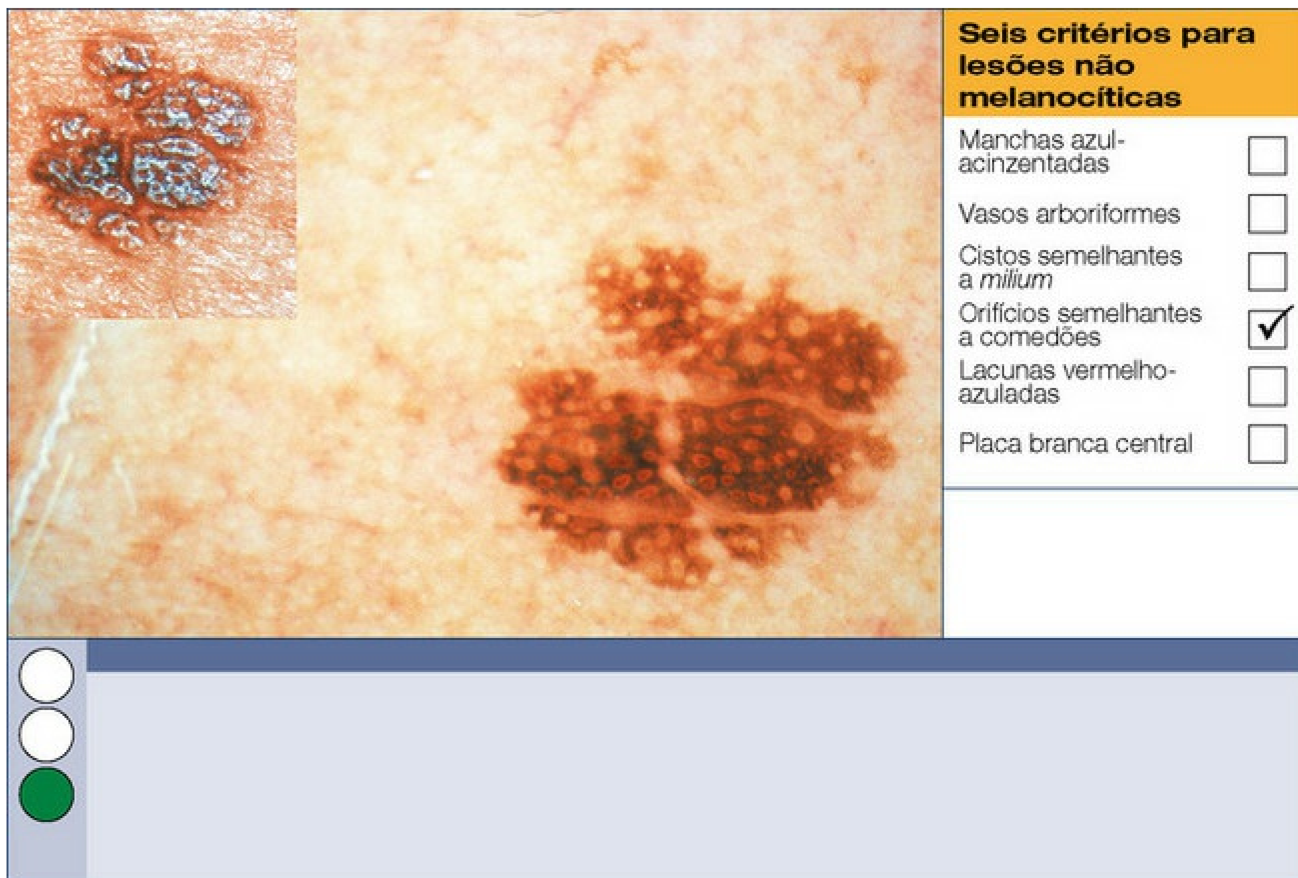


Figura 238 Ceratose seborreica

Este exemplo mostra outra variação da morfologia observada na ceratose seborreica localizada na face. Os múltiplos círculos amarelo-claros são orifícios semelhantes a comedões ou orifícios foliculares? É difícil fazer a diferenciação, mas somos a favor dos orifícios semelhantes a comedões. Clinicamente, parece uma ceratose seborreica e, mesmo com a dermatoscopia, não existem critérios de alto risco sugestivos de lentigo maligno.



Figura 239 Ceratose seborreica

Este é outro exemplo de ceratose seborreica sem critérios dermatoscópicos clássicos, ou seja, cistos semelhantes a *milium* e orifícios semelhantes a comedões. O diagnóstico diferencial deste tipo reticular superficial de ceratose seborreica representa um nevo reticular benigno. A demarcação nítida da reticulação na periferia aqui favorece uma ceratose seborreica; em nevos melanocíticos, a rede desaparece em direção à periferia. Obviamente, essa distinção é meramente um exercício acadêmico. Podemos facilmente acender o sinal verde aqui.



Figura 240 Ceratose seborreica

Este é o último caso de uma série de ceratoses seborreicas e, obviamente, gostaríamos de compartilhar um exemplo ambíguo com você. Semelhante à Figura 233, esta ceratose seborreica é composta de uma área pigmentada difusa com manchas azul-acinzentadas e inúmeros pontos avermelhados reminiscentes de vasos pontilhados. Faltam orifícios semelhantes a comedões e cistos semelhantes a *milium* típicos. Novamente com base na correlação clinicodermatoscópica, estamos confiantes de que esta é uma ceratose seborreica. No entanto, por causa das manchas azul-acinzentadas proeminentes e da coloração rosada periférica, acendemos o sinal vermelho. Não gostaríamos de negligenciar um melanoma ou um carcinoma basocelular pigmentado!

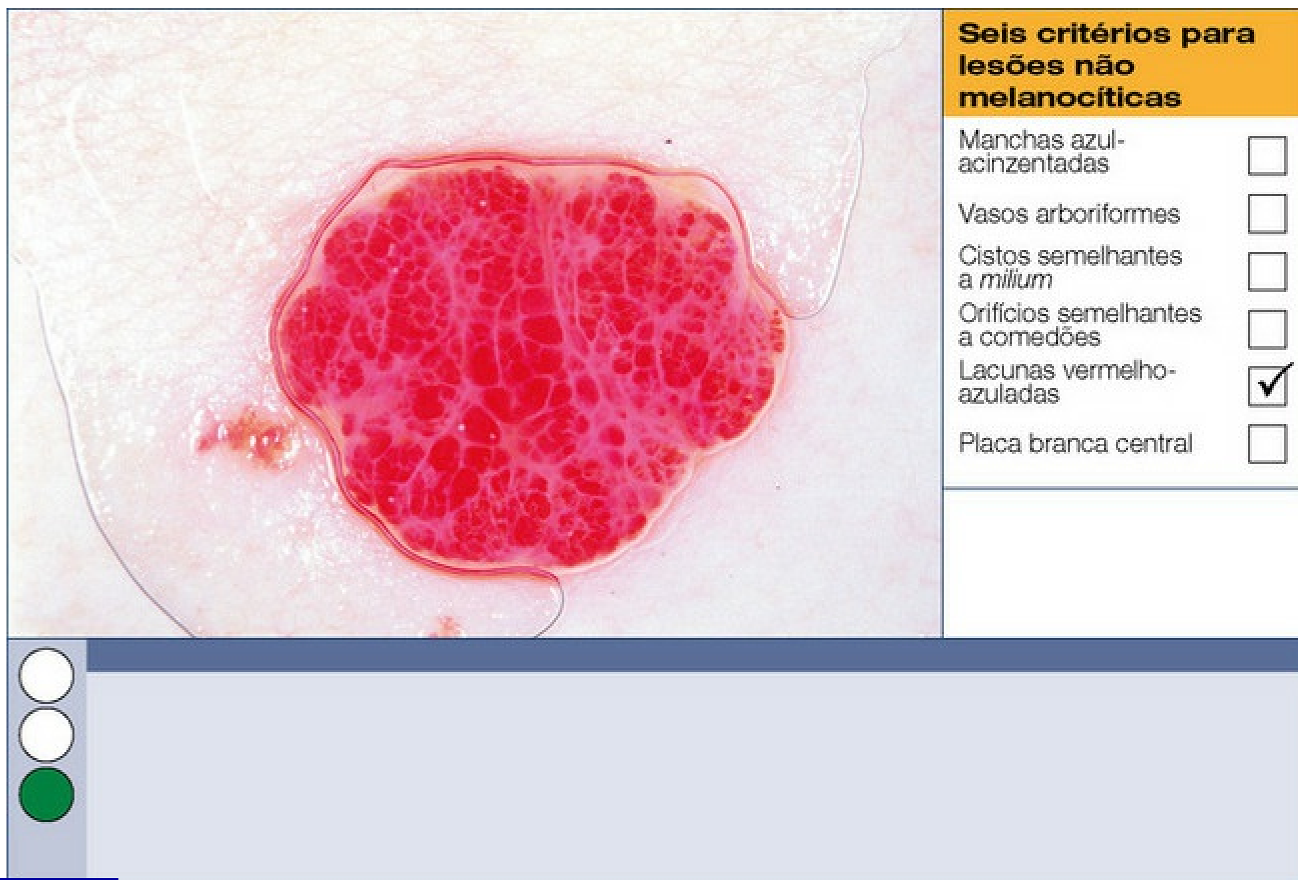


Figura 241 Hemangiona

Este é um hemangioma clássico com várias lacunas vermelhas. Elas são estruturas bem demarcadas, avermelhadas, arredondadas a poligonais que correspondem aos vasos dilatados na derme superior. A cor branca é comumente encontrada em hemangiomas; neste caso, ele tem um padrão reticular. Não há dúvida quanto ao diagnóstico dermatoscópico neste caso.

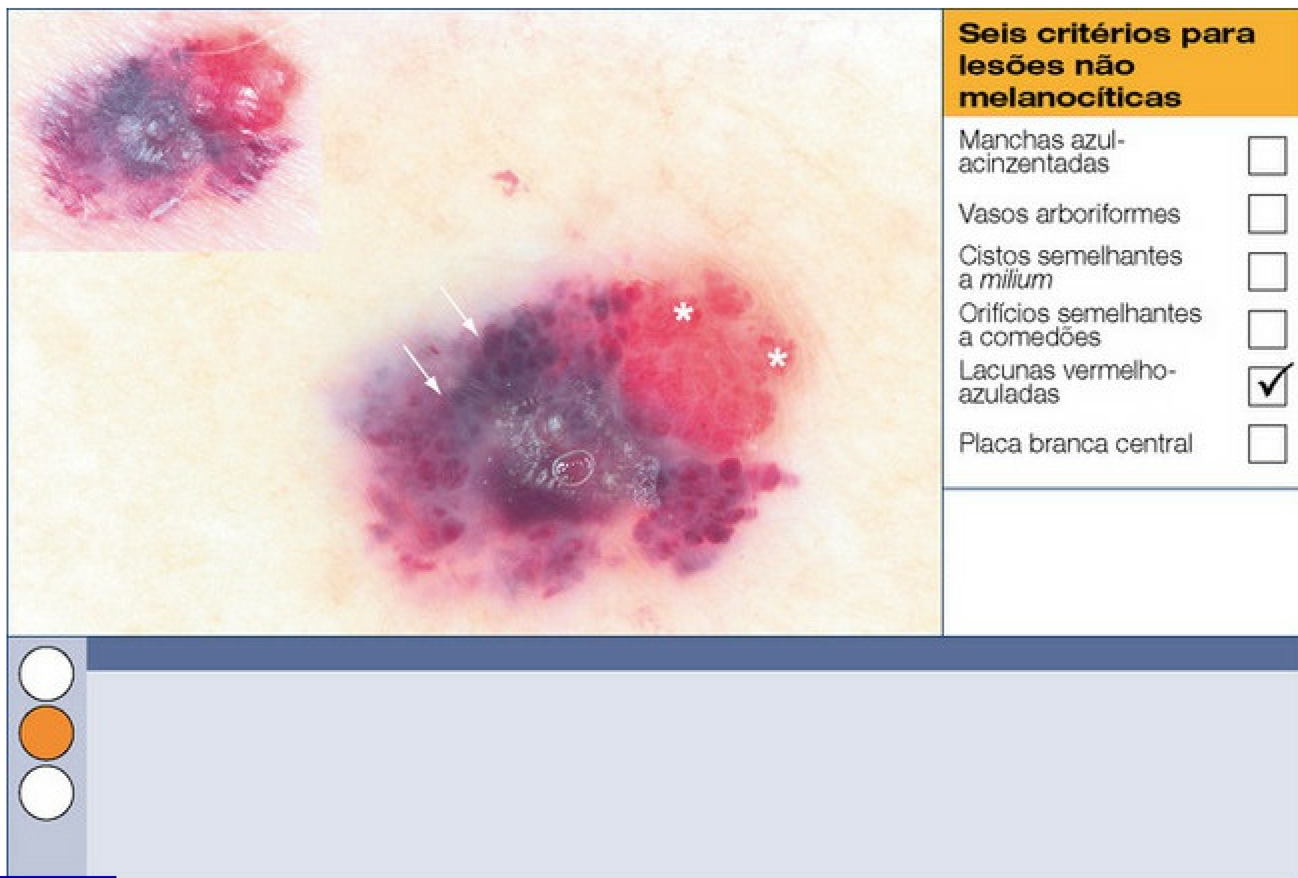


Figura 242 Hemangioma

Esta lesão vascular é caracterizada por lacunas vermelhas (asteriscos) e púrpuras (setas). É possível confundir a cor azulada a arroxeada com uma estrutura azul-esbranquiçada. É raro encontrar duas cores em um hemangioma. Em caso de dúvida, retire-o.



Figura 243 Hemangioma

Este é outro exemplo estereotípico de hemangioma em cereja (senil) e tem inúmeras lacunas vermelho-azuladas bem circunscritas (setas). Lembre-se de que, para diagnosticar as lacunas, elas deveriam ter bordas nítidas. Elas devem ser claras e não fora de foco ou turvas.

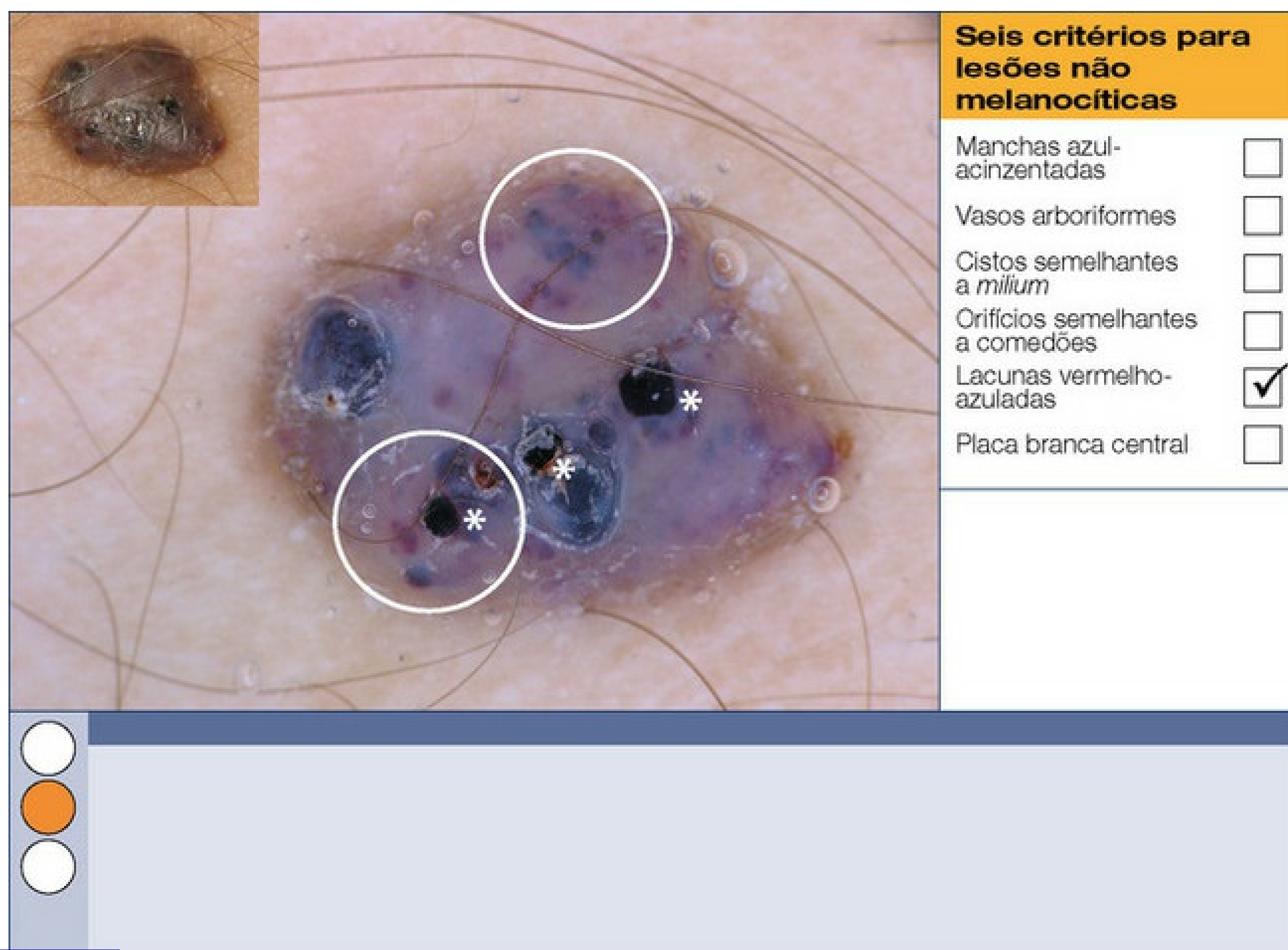


Figura 244 Hemangioma

Este hemangioma apresenta cor azul-esbranquiçada difusa que imita as estruturas azul-esbranquiçadas. Mesmo um exame mais detalhado não revela lacunas vermelho-azuladas bem desenvolvidas e claras, embora em retrospectiva do diagnóstico histopatológico de um hemangioma com fibrose proeminente, haja a presença de lacunas vermelho-azuladas (círculos). As áreas pretas (asteriscos) representam espaços vasculares trombosados. Em razão do aspecto dermatoscópico ambíguo, acendemos o sinal laranja e retiramos a lesão.



Figura 245 Fibroangioma

Este é um fibroangioma caracterizado por uma cor vermelho-esbranquiçada difusa, que é a marca da lesão. Há várias lacunas vermelhas ao longo da lesão. As linhas esbranquiçadas fenestradas representam fibrose que engloba os lóbulos do angioma. Granuloma piogênico, sarcoma de Kaposi e melanoma amelanótico poderiam ter uma aparência dermatoscópica semelhante; portanto, o sinal vermelho foi acendido e a lesão foi excisada.

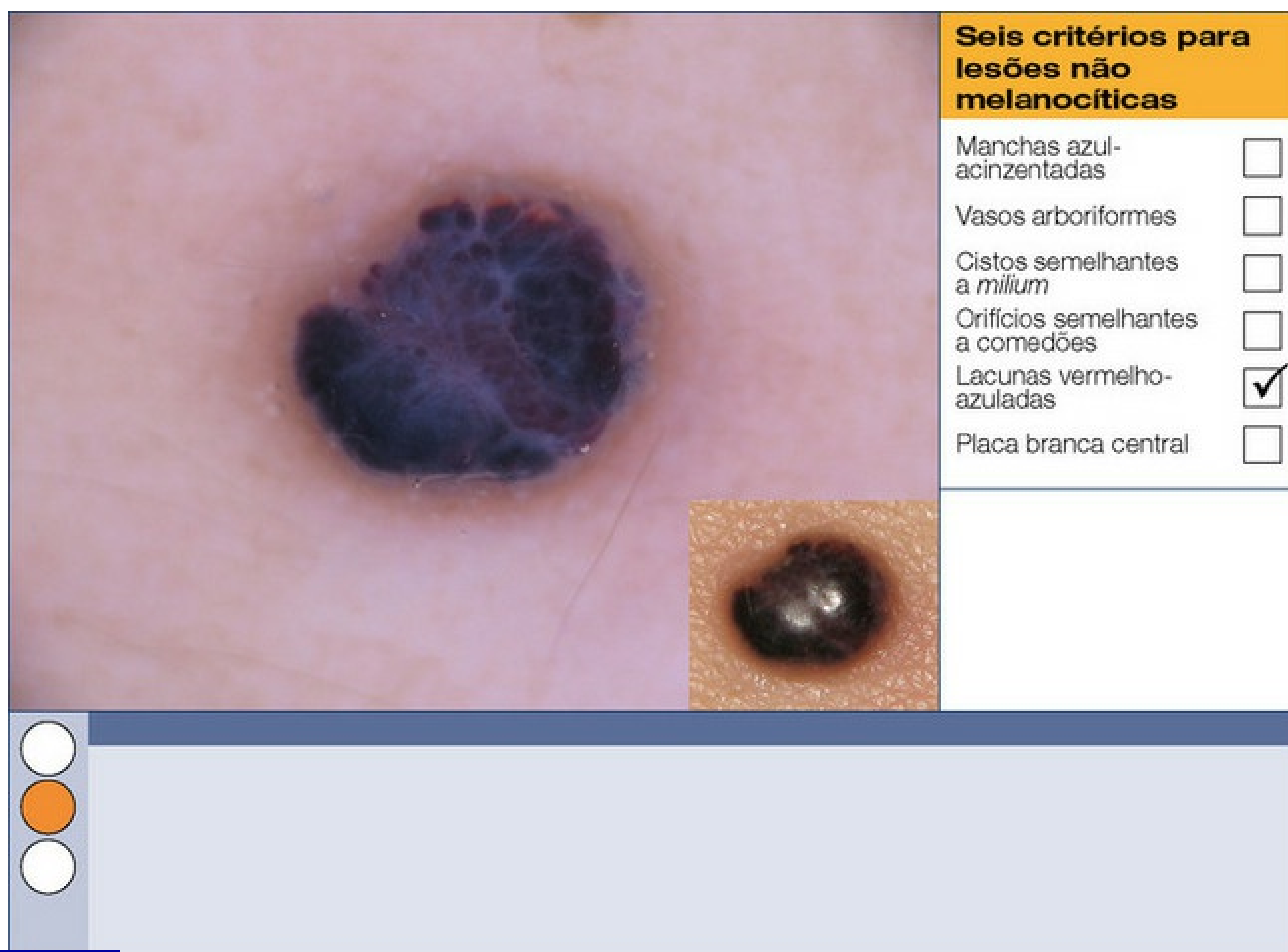


Figura 246 Hemangioma

Este é um exemplo de hemangioma caracterizado por lacunas vermelho-escuras a azul-escuras abrangidas por linhas esbranquiçadas que formam uma espécie de padrão fenestrado. Este padrão específico é comumente observado em uma variante histopatológica de hemangioma chamada de hemangioma capilar lobular. Muitas vezes, hemangiomas de cor escura mimetizam melanoma ou metástase de melanoma clinicamente. A dermatoscopia geralmente é muito útil para se fazer o diagnóstico correto. Ainda assim, acendemos o sinal laranja aqui e extirpamos a lesão.

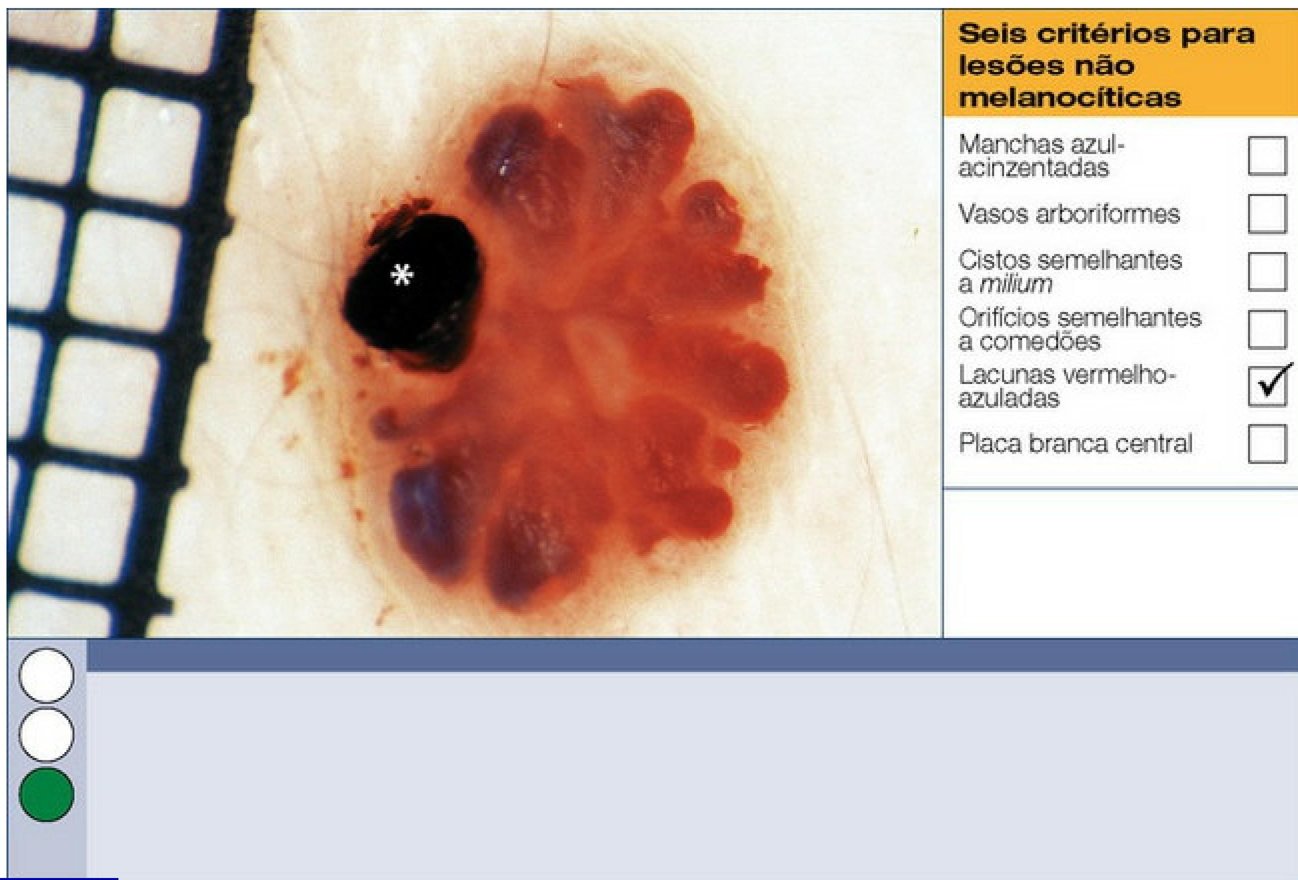


Figura 247 Hemangioma

Este hemangioma é parcialmente trombosado. As áreas preto-avermelhadas representam espaços vasculares trombosados (asterisco) e, não, as manchas de um melanoma.

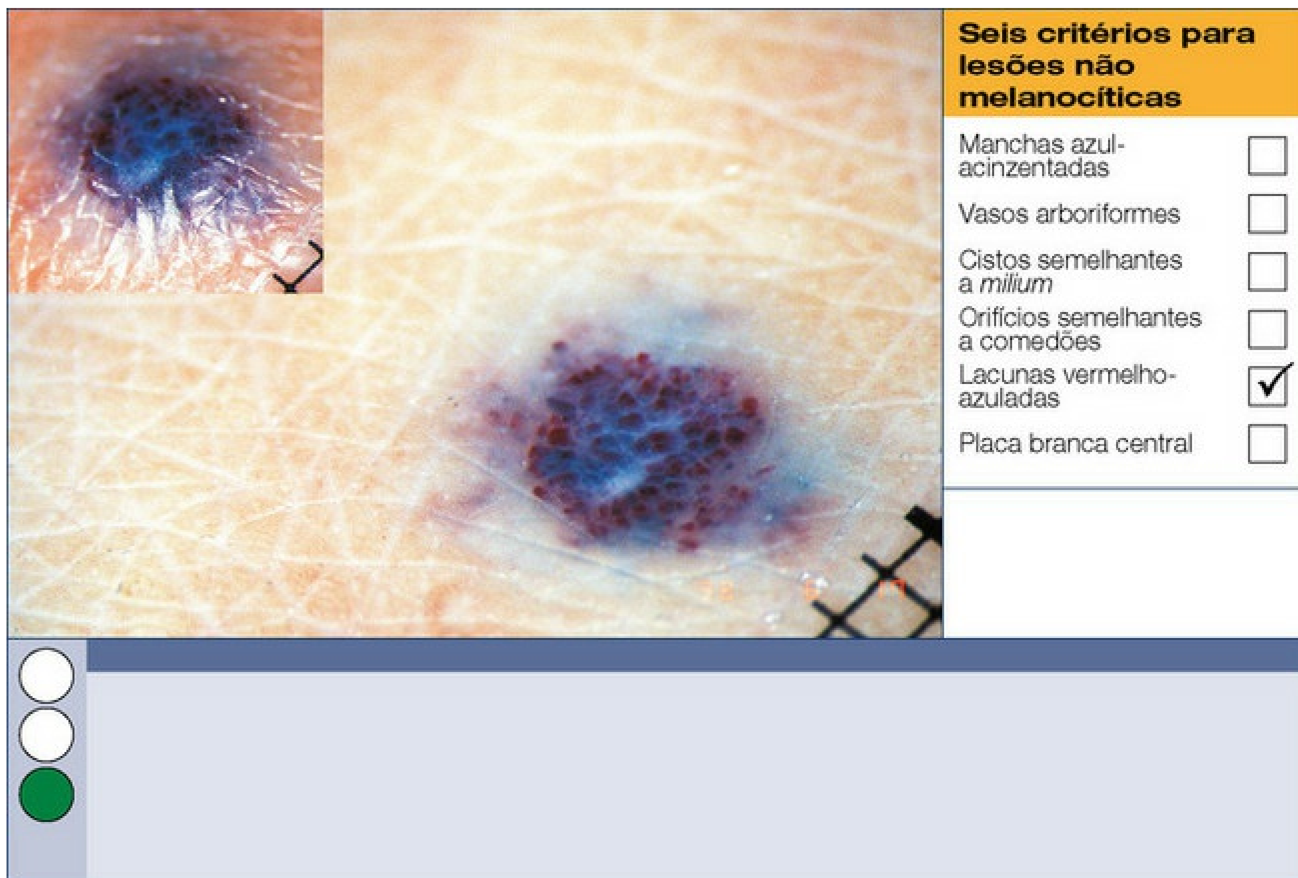


Figura 248 Hemangioma

Este hemangioma é caracterizado por lacunas vermelho-azuladas com cor predominantemente azulada. O halo azul-claro periférico indica envolvimento mais profundo do hemangioma na derme.



Figura 249 Hemangioma

Este é outro exemplo clássico de hemangioma em cereja. Contrapondo-se à Figura 241, a coloração é mais escura. O padrão fenestrado esbranquiçado reflete a fibrose que engloba os lóbulos do hemangioma. Em um caso como este, mesmo o novato pode fazer o diagnóstico de hemangioma. Não há necessidade de realizar uma biopsia em um exemplo claro como este.



Figura 250 Hemangioma

Embora o dermoscopista experiente defenda aqui um hemangioma trombosado, não há dúvida de que esta lesão é preocupante. Há lacunas vermelho-escuras a negras que correspondem às áreas trombosadas e branco-azuladas, muito provavelmente áreas correspondentes à fibrose dérmica. O diagnóstico diferencial aqui inclui um melanoma ulcerado e um carcinoma basocelular ulcerado. A excisão diagnóstica é, definitivamente, justificada.



Figura 251 Hemangioma

Esta lesão mostra uma variação da morfologia que pode ser observada com um hemangioma parcialmente trombosado e fibrosado. É caracterizada por inúmeras lacunas vermelho-azuladas a púrpura-enegrecidas minúsculas por toda a lesão. Além disso, há presença de uma tonalidade azul-esbranquiçada difusa. Há muitas faces de lesões vasculares, e a cor vermelha a arroxeada é a chave para fazer o diagnóstico. Mas lembre-se, em caso de dúvida, corte-a ou "*shave-a*" fora. Estamos acendendo o sinal laranja aqui.



Figura 252 Granuloma piogênico

Esta é uma lesão vascular, porque tem lacunas vermelhas grandes. Inúmeras telangiectasias também estão presentes (seta). O diagnóstico de um granuloma piogênico pode ser feito apenas com base clínica ou histopatológica, porque a diferenciação exata de um hemangioma é difícil com dermatoscopia. Lembre-se de que o melanoma amelanótico, o grande mascarado, está sempre no diagnóstico diferencial de um granuloma piogênico.



Figura 253 Sarcoma de Kaposi

A aparência dermatoscópica deste nódulo vascular é inespecífica e semelhante ao granuloma piogênico e ao fibroangioma mostrado na Figura 245. Há lacunas vermelhas e áreas esbranquiçadas de fibrose (asteriscos). Importantes dados históricos e clínicos podem ser necessários para ajudar a diagnosticar determinadas lesões de aparência vascular.



Figura 254 Hemangioma

Como nas figuras anteriores, esta lesão vascular apresenta lacunas vermelho-azuladas com áreas esbranquiçadas pronunciadas de fibrose. O diagnóstico diferencial dermatoscópico inclui fibroangioma, granuloma piogênico fibrosante e sarcoma de Kaposi. Como regra, o aspecto dermatoscópico de uma lesão deve ser parte da avaliação clínica global do paciente. Este é outro princípio básico dermatoscópico que não pode ser subestimado. Às vezes, é sensato acender o sinal vermelho desnecessariamente como aconteceu aqui.

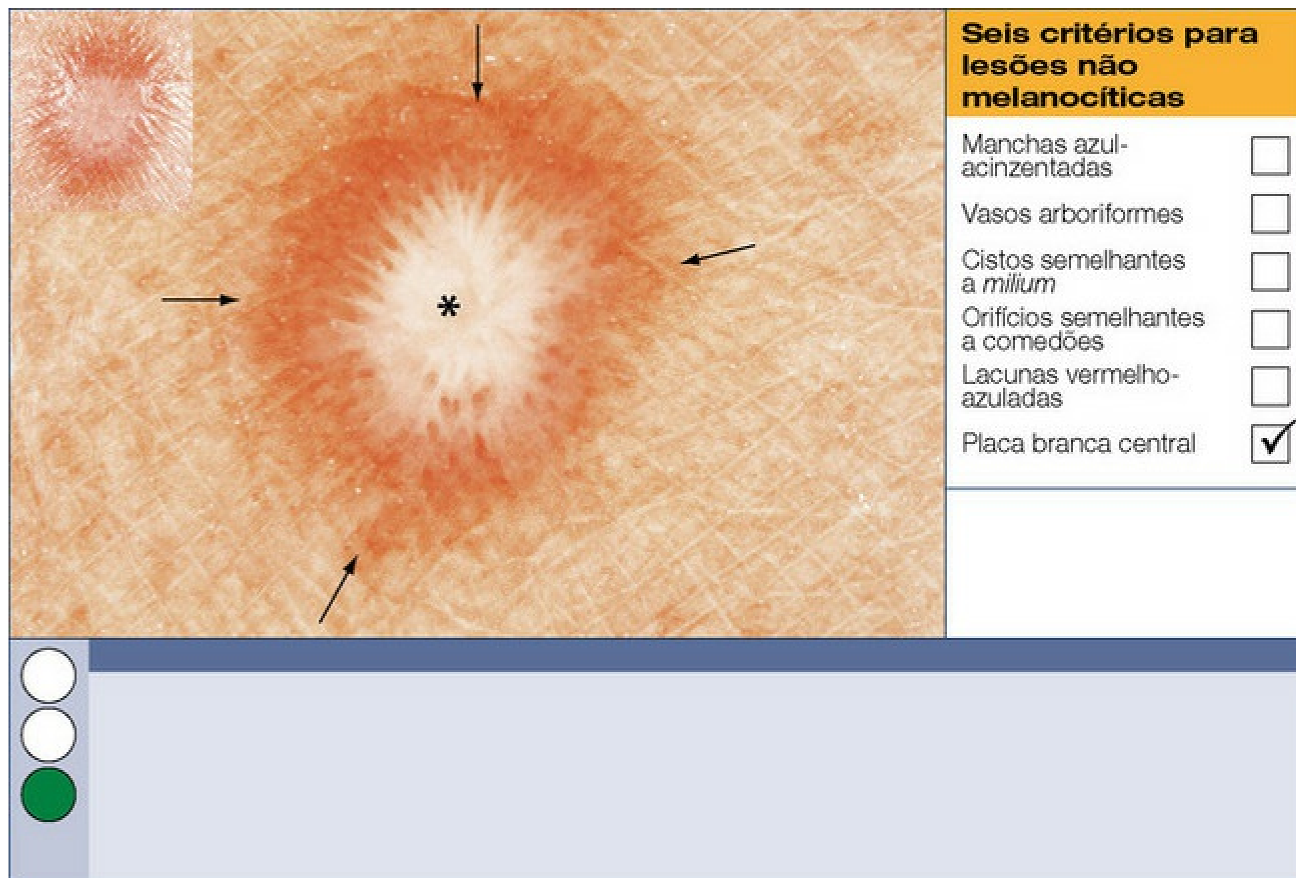


Figura 255 Dermatofibroma

Este dermatofibroma estereotípico com uma placa branca central (asterisco) é cercada por uma rede pigmentar muito sutil (setas). Os dermatofibromas são uma das poucas lesões não melanocíticas que podem ter uma rede pigmentar.

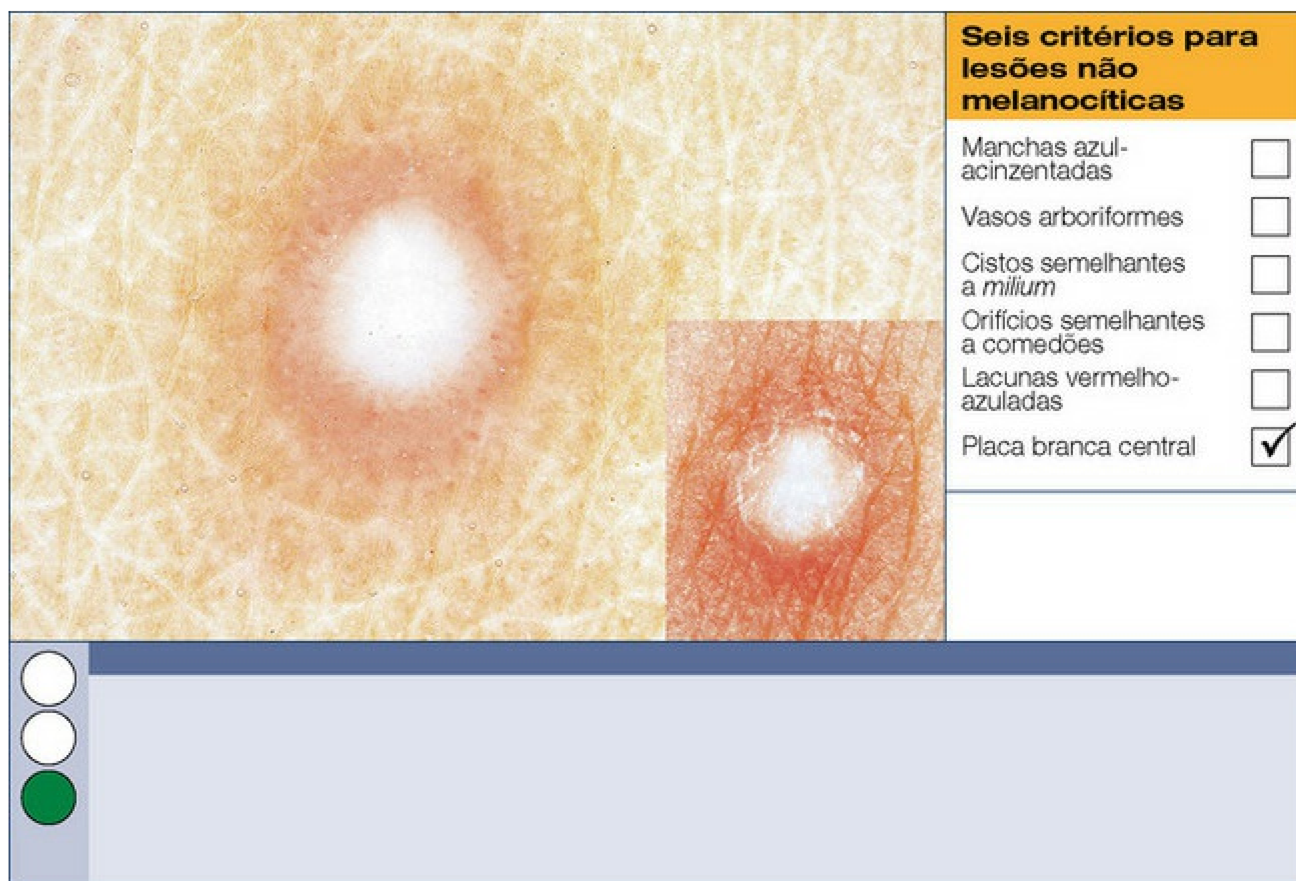


Figura 256 Dermatofibroma

Neste dermatofibroma, predomina a placa branca central. Na periferia, pode-se observar pigmentação leve, mas não uma rede. A palpação desta pápula vai ajudar a fazer o diagnóstico. Existem inúmeras variações da placa branca observadas em dermatofibromas.

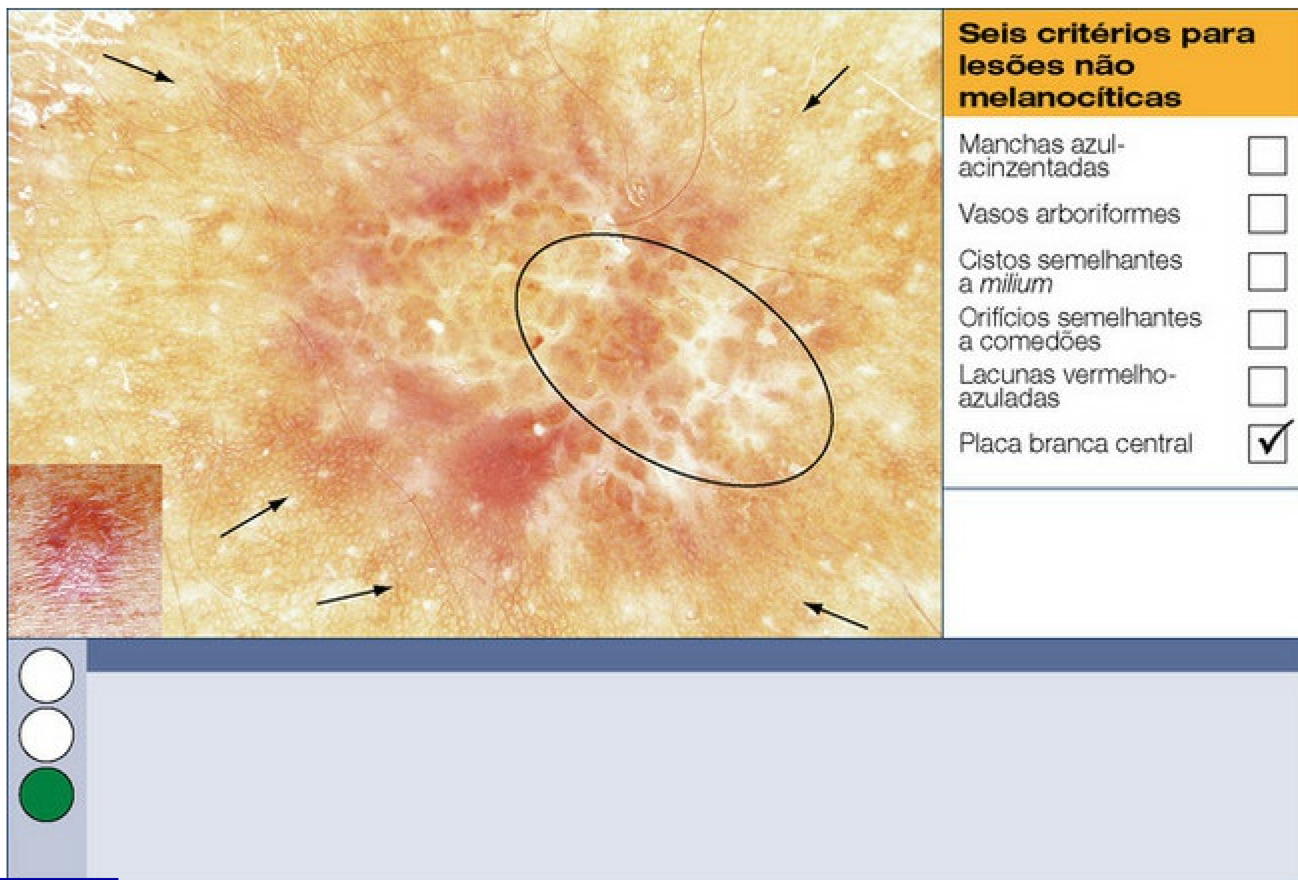


Figura 257 Dermatofibroma

Este dermatofibroma apresenta uma despigmentação reticular (círculo), que é uma variação da placa branca central. Uma rede pigmentar muito sutil também pode ser observada na periferia (setas). Uma cor branca reticular é comumente observada em dermatofibromas.

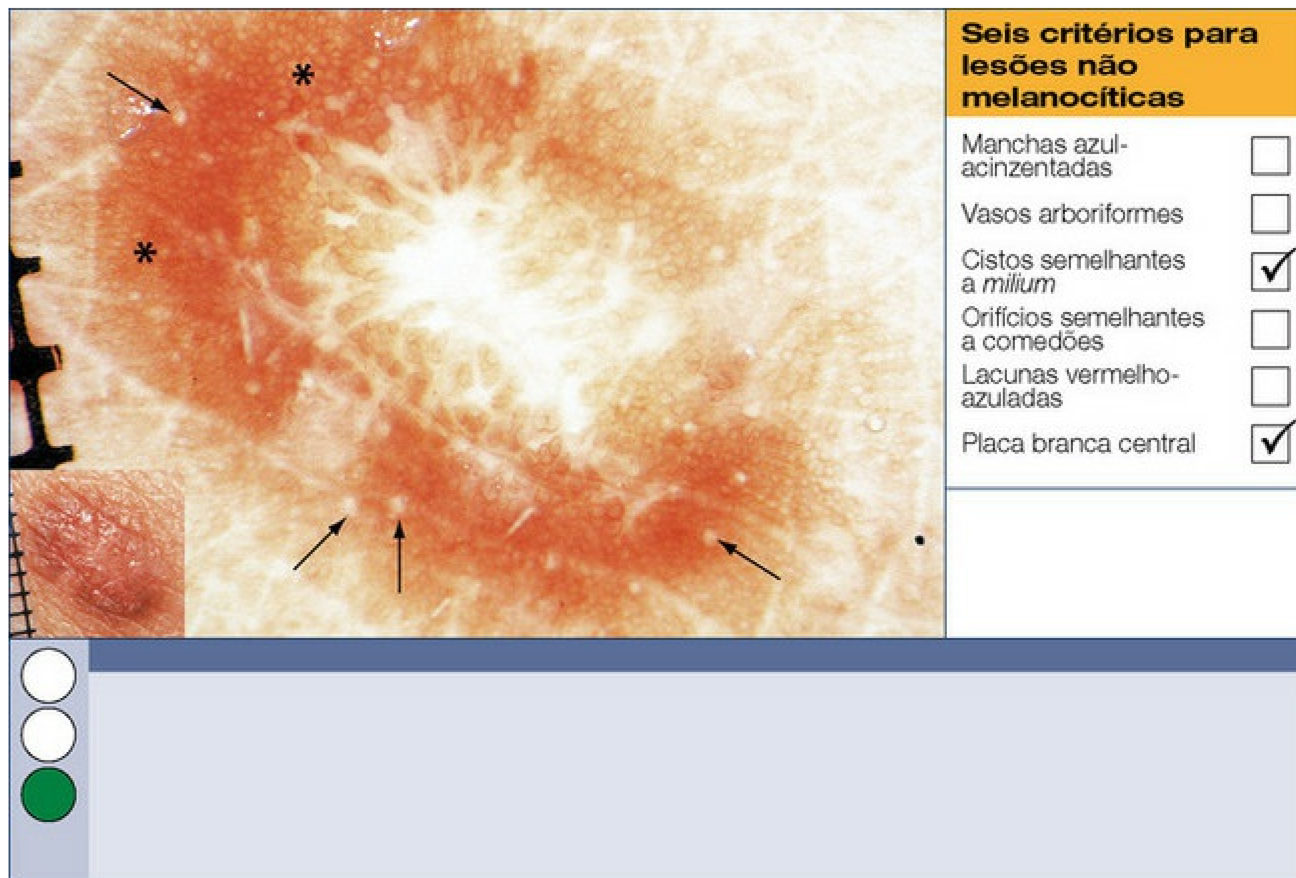


Figura 258 Dermatofibroma

Este é outro exemplo de dermatofibroma clássico com uma placa branca central e uma rede pigmentar típica fina na periferia (asteriscos). Não diagnostique esta lesão como ceratose seborreica somente porque podem-se observar cistos semelhantes a *milium* (setas).

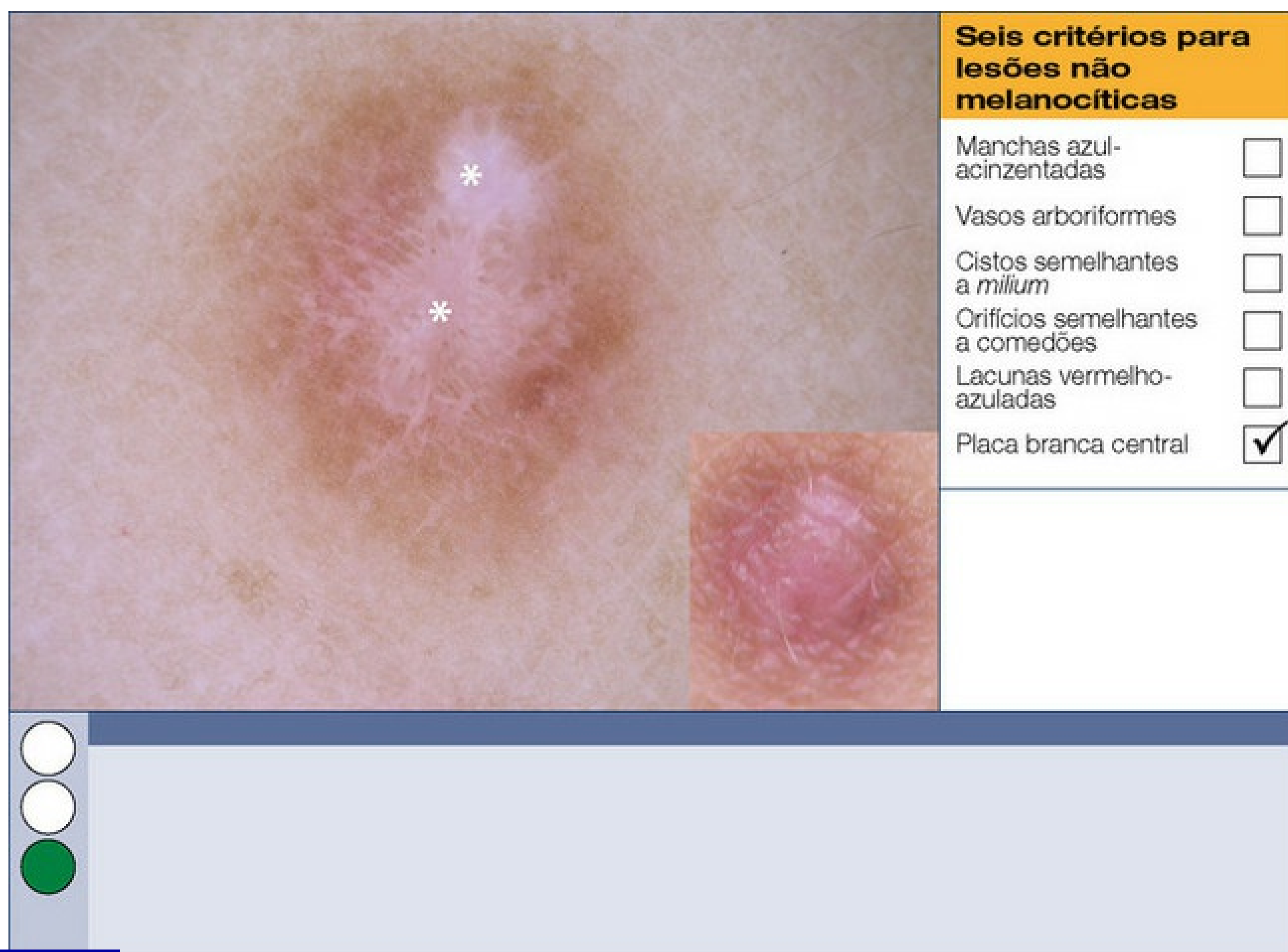


Figura 259 Dermatofibroma

Este é um exemplo de dermatofibroma estereotípico com uma placa branca central (asteriscos) e uma rede pigmentar bem detectável mas sutil na periferia. Em um caso como este, o novato não terá problemas para acionar o sinal verde e também para diagnosticar esta lesão como dermatofibroma. É claro que a palpação desta lesão vai ajudar no processo de diagnóstico.



Figura 260 Dermatofibroma

Às vezes, a dermatoscopia não sustenta o diagnóstico de dermatofibroma como é o caso desta lesão rosa aqui. Existem inúmeros vasos pontilhados distribuídos de maneira bastante uniforme pela lesão. O diagnóstico diferencial inclui um nevo de Spitz e um melanoma amelanótico. Mesmo a palpação não ajuda aqui, pois um melanoma desmoplásico pode apontar o mesmo resultado à palpação. Cuidado com lesões cor de rosa, acenda o sinal vermelho e realize uma excisão diagnóstica.

3

Cenários clínicos comuns

Comparações lado a lado de lesões benignas e malignas de aspecto semelhante

Introdução

Quando se examina uma lesão cutânea pela dermatoscopia, ela pode ser, obviamente, benigna ou maligna. Existe também uma zona cinzenta de lesões ambíguas. As lesões de zona cinzenta serão comumente encontradas pelos dermoscopistas novatos. Para ajudar a lidar com essa situação comum, oferecemos algumas sugestões. Aprenda o básico, pratique a técnica o mais frequentemente possível e desenvolva um diagnóstico diferencial dermatoscópico.

Você tem de ser capaz de pensar sobre as coisas de maneira lógica, pesando os prós e contras para cada critério ou padrão observado. Encontrar um diagnóstico dermatoscópico provisório ou, em muitos casos, um diagnóstico diferencial dermatoscópico é o fim do processo.

Por exemplo, os pontos e glóbulos amarelos redondos a ovais visualizados são cistos semelhantes a *milium* de uma ceratose seborreica ou óstios foliculares de uma lesão melanocítica? Que diferença poderia fazer essa distinção! Você poderia estar lidando com uma ceratose seborreica ou um lentigo maligno. Aqueles são os pontos e glóbulos marrons de uma lesão melanocítica ou os orifícios foliculares pigmentados de uma ceratose seborreica? Você percebe que a lesão tem alguns vasos sanguíneos. Eles são os vasos ramificados espessados de um carcinoma basocelular ou os vasos lineares irregulares que podem ser encontrados nos melanomas?

Lamentamos informá-lo que você vai encontrar lesões difíceis – lesões para as quais até mesmo o dermoscopista mais experiente terá dúvidas. Este é o estado da arte tal como ela existe hoje. Há infinitas variações de critérios, padrões e lesões. Os cenários neste último capítulo demonstram o processo de pensamento dermatoscópico que empregamos. Concentre sua atenção, use o que aprendeu nos dois primeiros capítulos do livro e você descobrirá que vai aprender e crescer com cada caso. Não se deixe intimidar por aquilo que vê. Nós garantimos que você consegue dominar esta técnica. Você irá desenvolver seu próprio estilo de análise dermatoscópica e descobrir que a dermatoscopia se tornará uma parte essencial de

sua prática. Você não será capaz de trabalhar sem ela!

Cenário pediátrico

Princípios gerais

- Melanoma na infância é extremamente raro, e a maioria das lesões cutâneas melanocíticas em crianças pré-púberes é benigna e não requer qualquer atenção especial. Os critérios dermatoscópicos dos nevos na infância são os mesmos que em outras faixas etárias, mas, na maioria dos casos, os nevos infantis revelam um padrão globular.
- Os tumores de pele mais problemáticos no paciente pediátrico são nevos melanocíticos congênitos gigantes e tumores de Spitz atípicos.
- Nevos congênitos grandes a gigantes representam os fatores de risco mais importantes para melanoma em crianças pré-púberes, embora o risco ainda seja baixo ($<1\%$). Pelo fato de o melanoma associado a nevos melanocíticos congênitos grandes a gigantes desenvolver-se, com frequência, profundamente na derme ou no sistema nervoso central, a dermatoscopia apresenta benefícios limitados no diagnóstico precoce do melanoma.
- O risco de melanoma em nevos melanocíticos congênitos pequenos e médios não está estabelecido, mas eles devem ser mantidos sob vigilância regular. Indica-se biopsia no caso de alterações estruturais atípicas significativas.
- Não existem orientações definitivas sobre o tratamento de nevos de Spitz, e há controvérsias sobre a possibilidade de acompanhamento ou excisão desses nevos. No entanto, nevos de Spitz pigmentados planos (comumente também chamados de nevos de Reed) com um padrão estelar dermatoscópico estereotípico, que surge abaixo da idade da puberdade, podem ser tratados de maneira conservadora e devem ser acompanhados regularmente, pois há uma tendência bem documentada de involução.
- Os tumores atípicos de Spitz e melanomas raros na infância geralmente apresentam-se como nódulos pigmentados e não pigmentados de crescimento rápido. Indica-se a excisão imediata de qualquer lesão com essas características clínicas.



Figura 261 Nevo congênito

Este nevo congênito, que revela alguma irregularidade de cor e estrutura, está localizado no antebraço de uma criança de 3 anos de idade. O exame mais detalhado da área central mostra glóbulos grandes e um pouco angulados marrom-acinzentados (também chamados de padrão em pedra de calçamento), que são cercados por glóbulos marrons menores. A presença de inúmeros pelos terminais também é típica, mostrando hiper ou hipopigmentação perifolicular. Apesar do aspecto preocupante desta lesão, acendemos com confiança o sinal verde e recomendamos um acompanhamento anual.



Figura 262 Melanoma *in situ* que surge em um nevo congênito pequeno

Embora o melanoma antes da puberdade seja muito raro, o risco aumenta após a puberdade. Esta lesão está localizada no ombro de uma menina de 15 anos de idade, que notou uma mudança recente de cor no nevo preexistente caracterizado por inúmeros glóbulos marrom-acinzentados semelhantes a pedras de calçamento (setas). Dermoscopicamente, o melanoma surge como uma mancha azul-acinzentada irregular (círculo) em local paracentral de um nevo globular regularmente pigmentado (pedra de calçamento) em outros aspectos.



Figura 263 Nevo de Spitz pigmentado (nevo de Reed)

Este é um exemplo estereotípico de um nevo de Spitz plano localizado na coxa de uma menina de 3 anos de idade. As marcas dermatoscópicas de um nevo pigmentado de Spitz (comumente também denominado nevo de Reed) são estrias periféricas distribuídas regularmente que surgem a partir de um centro preto a azul-acinzentado muito pigmentado. Durante o acompanhamento, esses nevos aumentaram simetricamente, de modo que o desaparecimento das estrias periféricas é indicativo de estabilização do crescimento. Nesta fase, o nevo revela uma pigmentação preto-azulada homogênea. Estamos acendendo aqui o sinal laranja, avaliando que o acompanhamento destas lesões é controverso.



Figura 264 Nevo de Spitz não pigmentado plano

Este nevo avermelhado plano ou semelhante a uma placa está localizado no abdome de um menino de 6 anos de idade. Dermoscopicamente, o nevo de Spitz não pigmentado exibe vasos pontilhados distribuídos regularmente sobre um fundo vermelho-leitoso como evidenciado por esta imagem. Tipicamente, uma despigmentação reticular pode ser observada como linhas brancas semelhantes a uma rede entre os vasos pontilhados. Por causa da falta de diretrizes gerais e casos bem documentados de involução, os nevos de Spitz não pigmentados devem ser excisados mesmo em crianças. Lembre-se de nosso *slogan* "cuidado com lesões rosadas" e acenda o sinal vermelho.

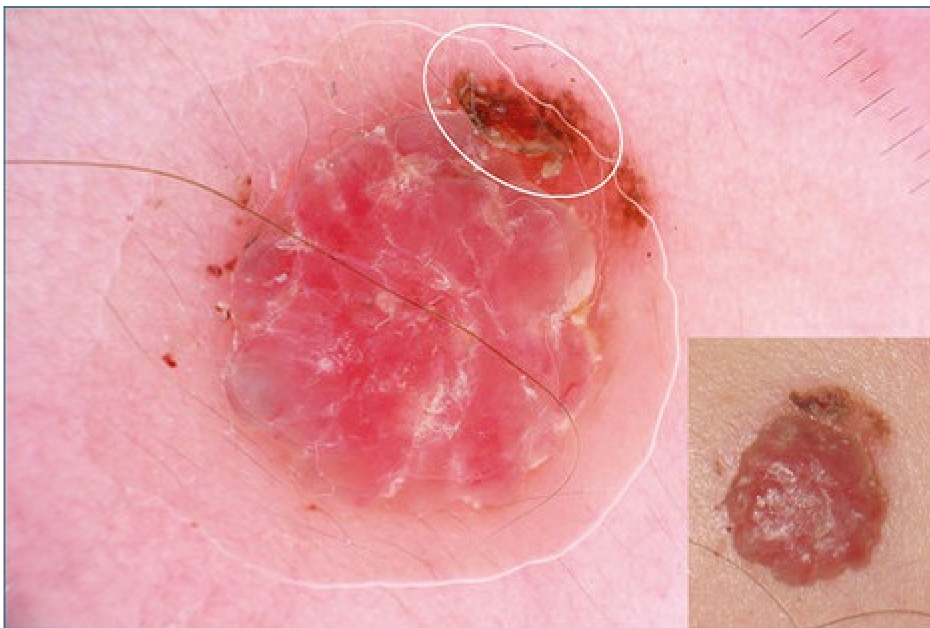


Figura 265 Tumor de Spitz não pigmentado atípico

Este nódulo avermelhado estava localizado na face de uma menina de 11 anos de idade e revelou uma história de crescimento rápido, em poucos meses. Apesar de uma pseudorrede residual marrom (círculo), o nódulo não pigmentado carece de qualquer padrão específico e exibe apenas áreas homogêneas rosadas a vermelhas. Sem dúvida, temos de acender o sinal vermelho aqui. A lesão foi excisada e revelou, também em nível histopatológico, características altamente conflitantes. O diagnóstico histopatológico final foi tumor de Spitz atípico, e o acompanhamento após 3 anos não revelou recorrência.

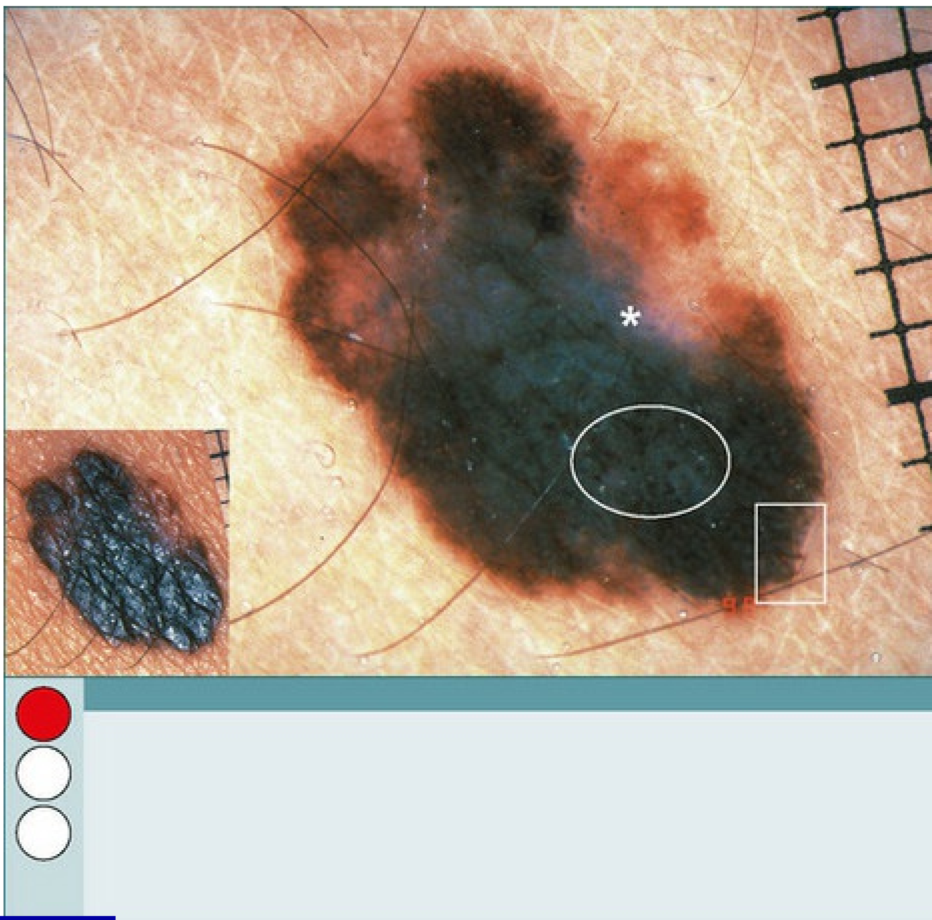


Figura 266 Melanoma

Este é um melanoma em uma criança de 14 anos de idade. Tem critérios específicos para melanoma – estrutura azul-esbranquiçada (asterisco), que é fácil de visualizar, estrias sutis (retângulo) e pontos e glóbulos irregulares (círculo). Pacientes jovens realmente adquirem melanoma e morrem em razão da sua doença; por isso, é necessário aumentar o índice de suspeita para pacientes pediátricos.

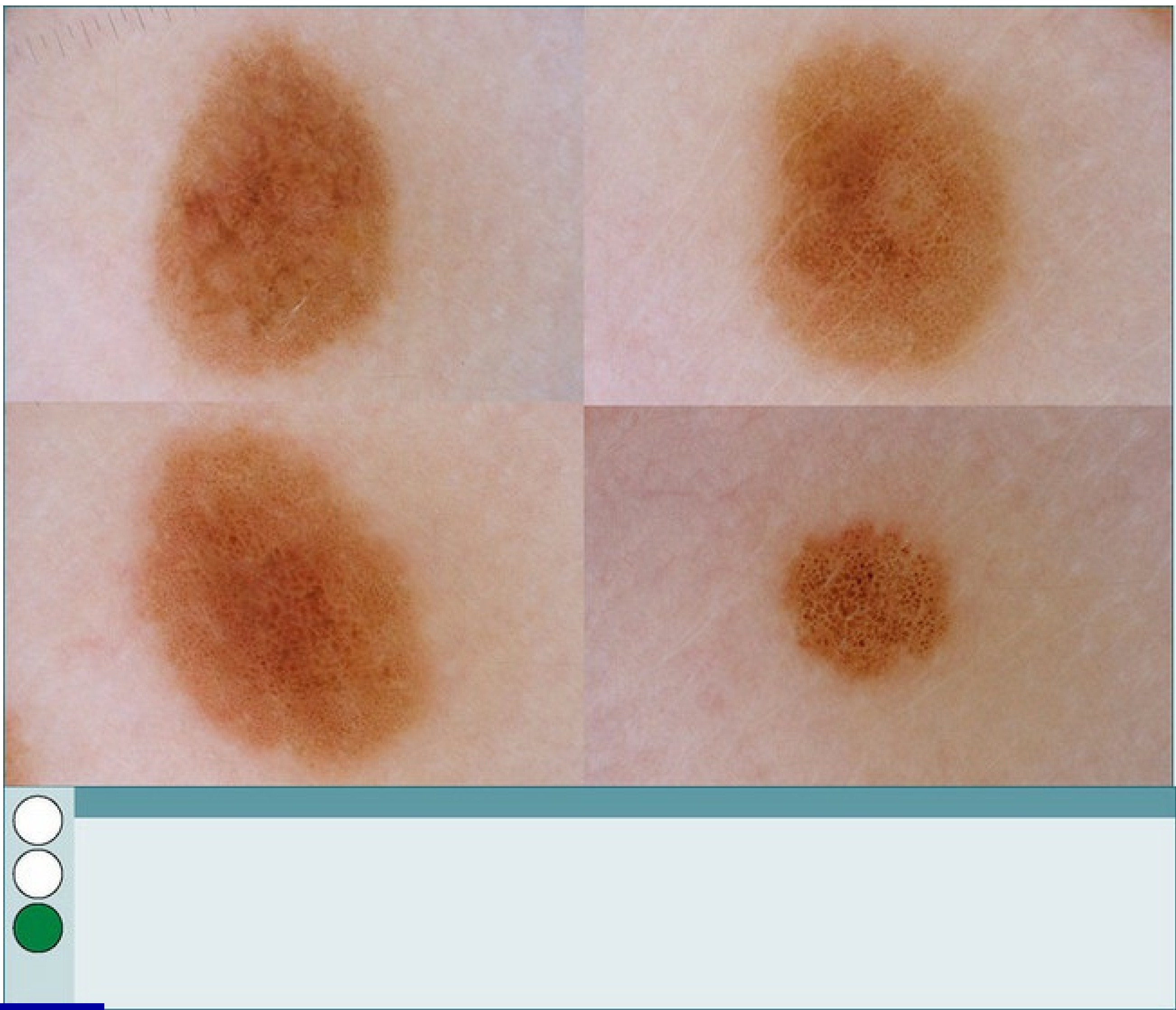


Figura 267 Nevos comuns

Este menino de 7 anos de idade revela alguns nevos nas costas. Todos os nevos são caracterizados por uma pigmentação uniforme e por um padrão globular. Esses nevos não requerem qualquer atenção especial e estamos acendendo o sinal verde com confiança aqui.

Lesões pretas

Princípios gerais

- Clinicamente, a cor preta nem sempre é ameaçadora.
- A cor preta na dermatoscopia também nem sempre é ameaçadora.
- O diagnóstico diferencial de uma mácula ou pápula preta única pode ser melanocítico ou não melanocítico, benigno ou maligno.
- O que deve ser feito em caso de se encontrar uma lesão negra? Verifique com o dermatoscópio antes de tomar outra atitude.





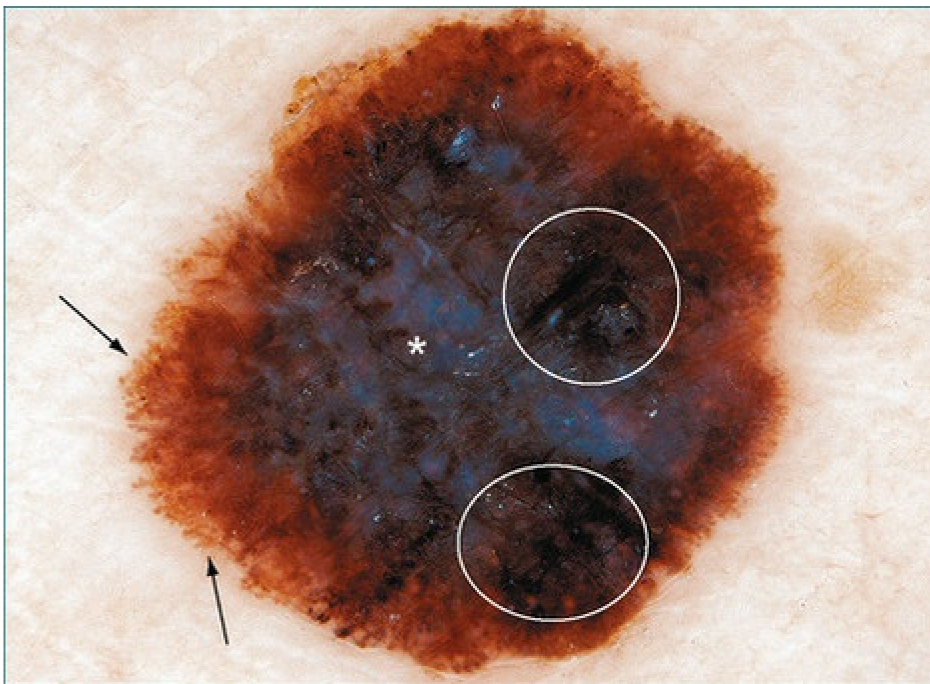
Figura 268 Qual é o diagnóstico clínico?

Esta lesão preta clinicamente inespecífica assemelha-se à da Figura 269. Não há nenhuma maneira de saber ao certo qual é benigna e qual é maligna. O que deve ser feito? Excisá-la ou verificá-la? (Fig. 270).




Figura 269 Qual é o diagnóstico clínico?

Esta lesão preta clinicamente inespecífica assemelha-se à da Figura 268. Não há nenhuma maneira de saber ao certo qual é benigna e qual é maligna. O que deve ser feito? Excisá-la ou verificá-la? (Fig. 271).



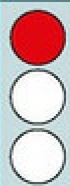


Figura 270 Melanoma

Etapa 1 — é melanocítica ou não melanocítica? É uma lesão melanocítica, porque há estrias na periferia (setas). Etapa 2 — é benigna ou maligna? Os critérios específicos para melanoma podem ser identificados? A estrutura azul-esbranquiçada (asterisco) e as manchas irregulares (círculos) são suficientes para justificar a excisão o mais rapidamente possível.

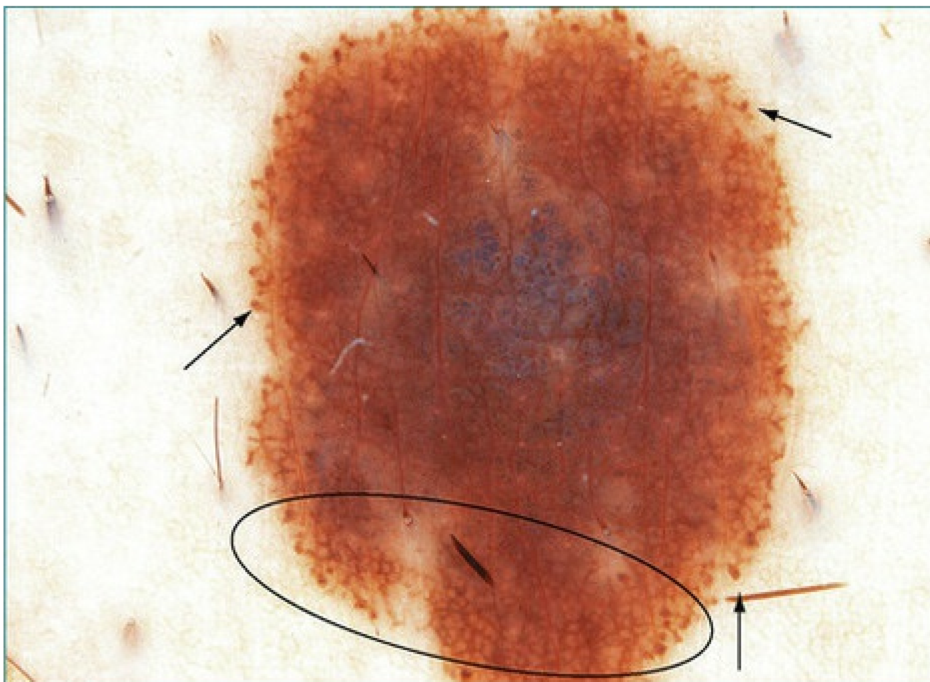


Figura 271 Nevo

Um suspiro de alívio. Este é um nevo benigno por causa da simetria de cor e estrutura. Apresenta uma rede pigmentar típica (círculo), pontos e glóbulos regulares (setas), mas apenas um critério específico para melanoma – uma estrutura azul-esbranquiçada sutil. Os pontos e glóbulos na periferia indicam uma lesão em crescimento ativo. Este é o tipo de lesão cutânea pigmentada que requer acompanhamento clínico e dermatoscópico.



Figura 272 Ceratose seborreica

Existe uma estrutura azul-esbranquiçada (asteriscos) aqui? Talvez haja algumas estrias sutis na periferia da lesão. E pode haver alguns orifícios semelhantes a comedões (setas). Então, esta lesão tem critérios específicos para melanoma observados em uma ceratose seborreica. Às vezes, uma ceratose seborreica acantótica pode ser fortemente pigmentada e quase desprovida de qualquer critério típico. Em um caso como este, o especialista acende o sinal verde e o novato deve ser mais cauteloso, acender o sinal laranja e retirar a lesão. Lembre-se, em caso de dúvida, remova ou *shave*-a.



Figura 273 Nevo de Spitz

O diagnóstico diferencial para este aspecto spitzoide deve incluir nevo de Spitz pigmentado (também designado nevo de Reed) e melanoma. Há uma estrutura azul-esbranquiçada central bastante sutil (asteriscos) e estrias simetricamente orientadas em torno da lesão. Essas características favorecem o diagnóstico de nevo de Spitz (Reed). Se uma lesão como esta é encontrada em um paciente após a puberdade, uma excisão para diagnóstico precisa ser realizada. Pelo fato de essa lesão estar localizada no dorso da mão de uma mulher adulta e, além disso, por ter havido uma história de crescimento rápido, ela foi excisada.

Lentigo em mancha de tinta

Princípios gerais

- Clínica e dermoscopicamente, os lentigos em mancha de tinta (ou reticulares) têm uma aparência muito característica.
- Tipicamente, um lentigo em mancha de tinta é preto e bem demarcado, com uma rede pigmentar de aparência bizarra preenchendo a lesão. Há ausência de outros critérios.
- Indivíduos com lentigos em mancha de tinta normalmente têm pele clara, cabelos claros e olhos claros e estão em risco de desenvolvimento de melanoma. Não se esqueça de fazer um exame cutâneo completo para procurar lesões cutâneas

pigmentadas de alto risco.

- Os lentigos em mancha de tinta geralmente estão localizados na parte superior do tronco e das extremidades superiores e são circundados por sardas em virtude de queimaduras solares regulares ou grandes.
- Ao visualizar um “lentigo em mancha de tinta”, tente não deixar de observar a presença de quaisquer critérios específicos para melanoma.
- Em caso de dúvida, excise ou *shave*-o.

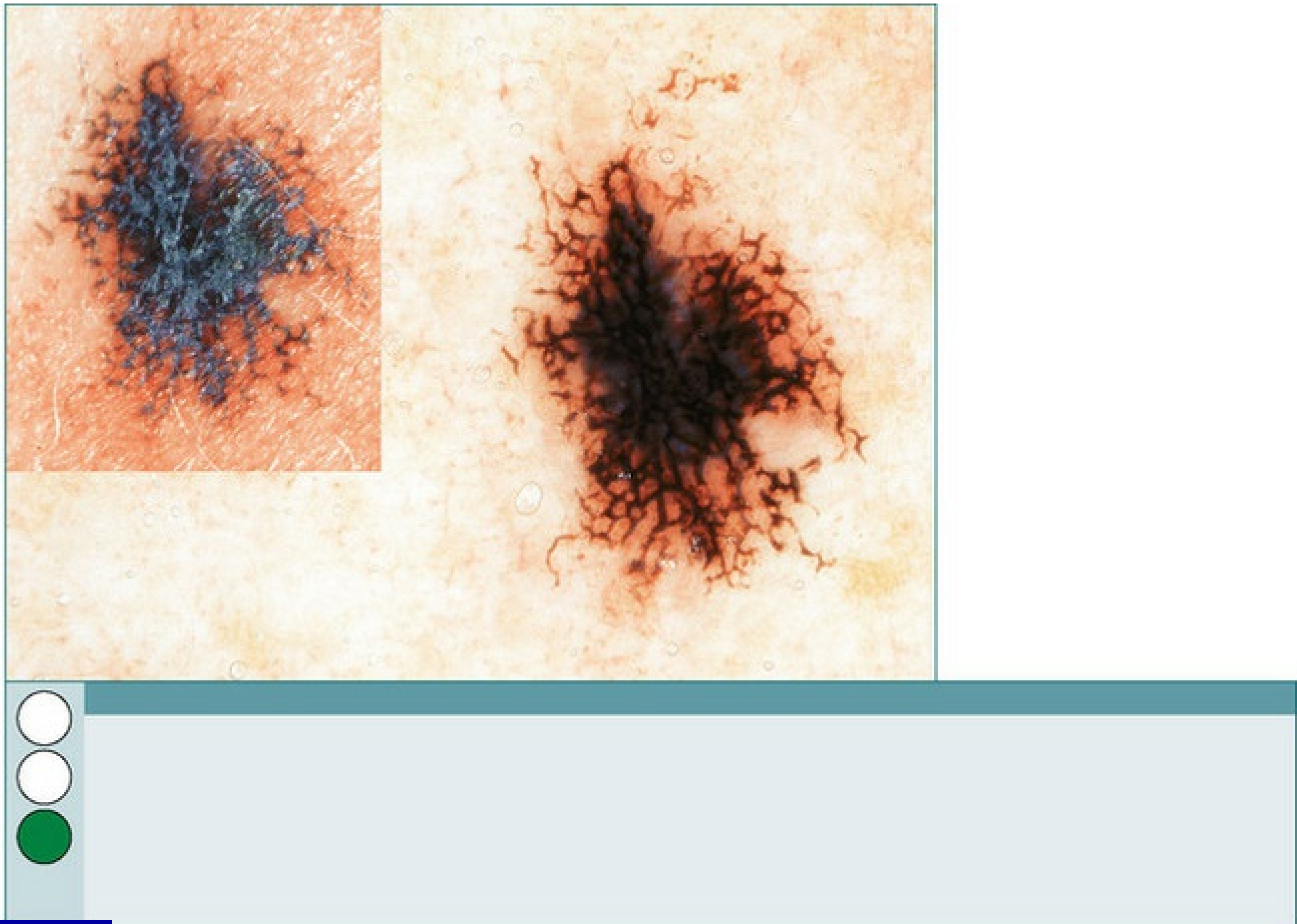


Figura 274 Lentigo em mancha de tinta

Esta é uma variação da morfologia observada em um lentigo em mancha de tinta caracterizado por uma rede pigmentar bizarra. Há também uma grande área homogênea em cor cinza, a qual representa melanófagos na derme papilar.

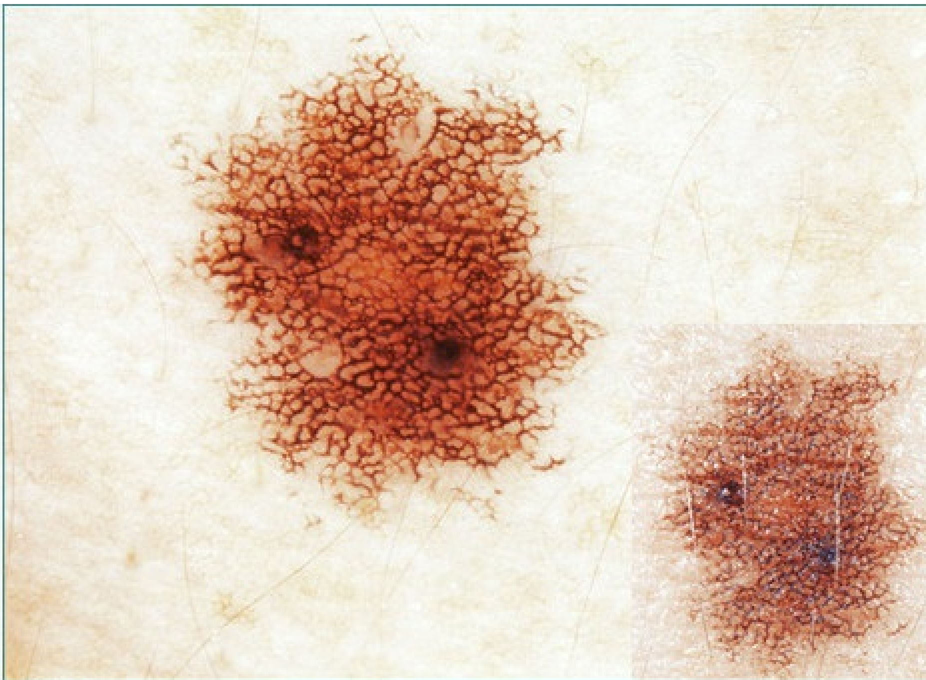


Figura 275 Lentigo em mancha de tinta

Este é um lentigo em mancha de tinta estereotípico. A rede comumente é preta.

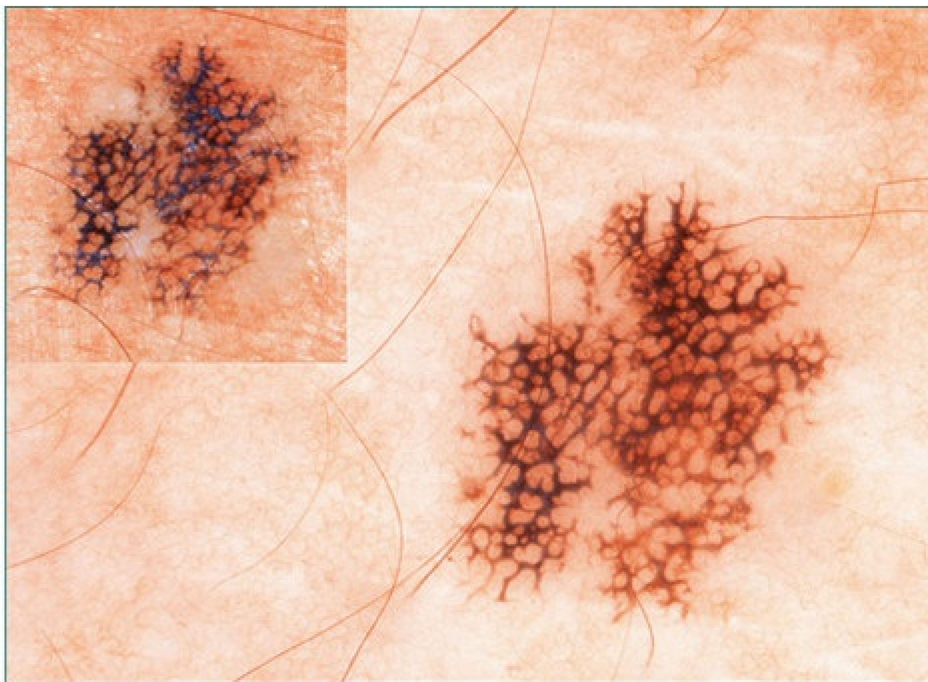


Figura 276 Lentigo em mancha de tinta

Uma terceira variação do aspecto de um lentigo em mancha de tinta. A aparência clínica, a cor escura, a forma bizarra da rede pigmentar e a ausência de outros critérios sugerem o diagnóstico correto.

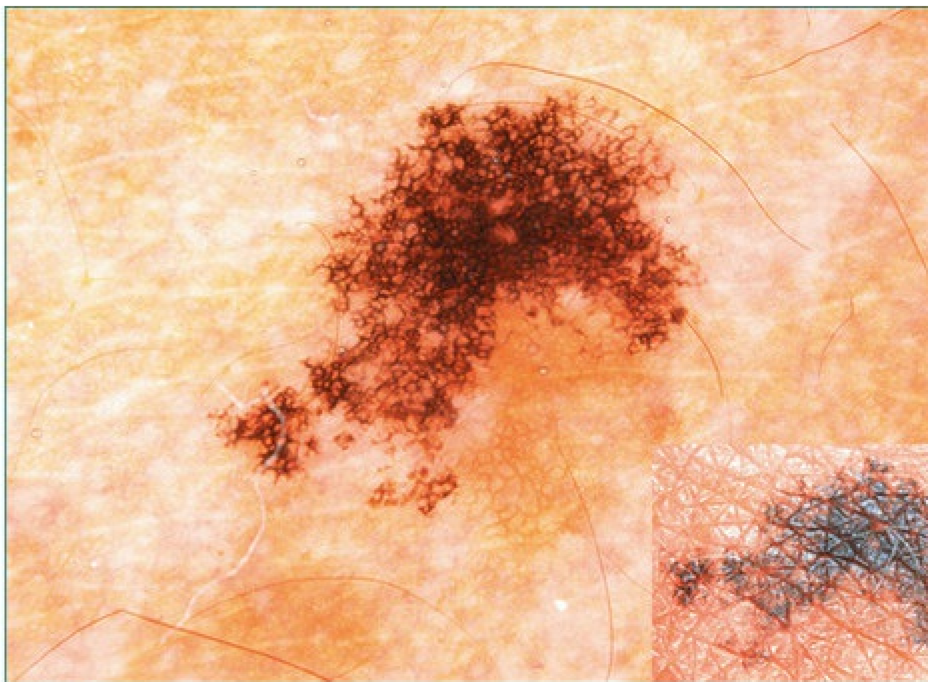


Figura 277 Lentigo em mancha de tinta

Este quadro é preocupante por causa da assimetria de cor e estrutura, dos pontos e glóbulos irregulares e da mancha irregular. Não é errado realizar a biopsia de uma lesão parecida com esta.

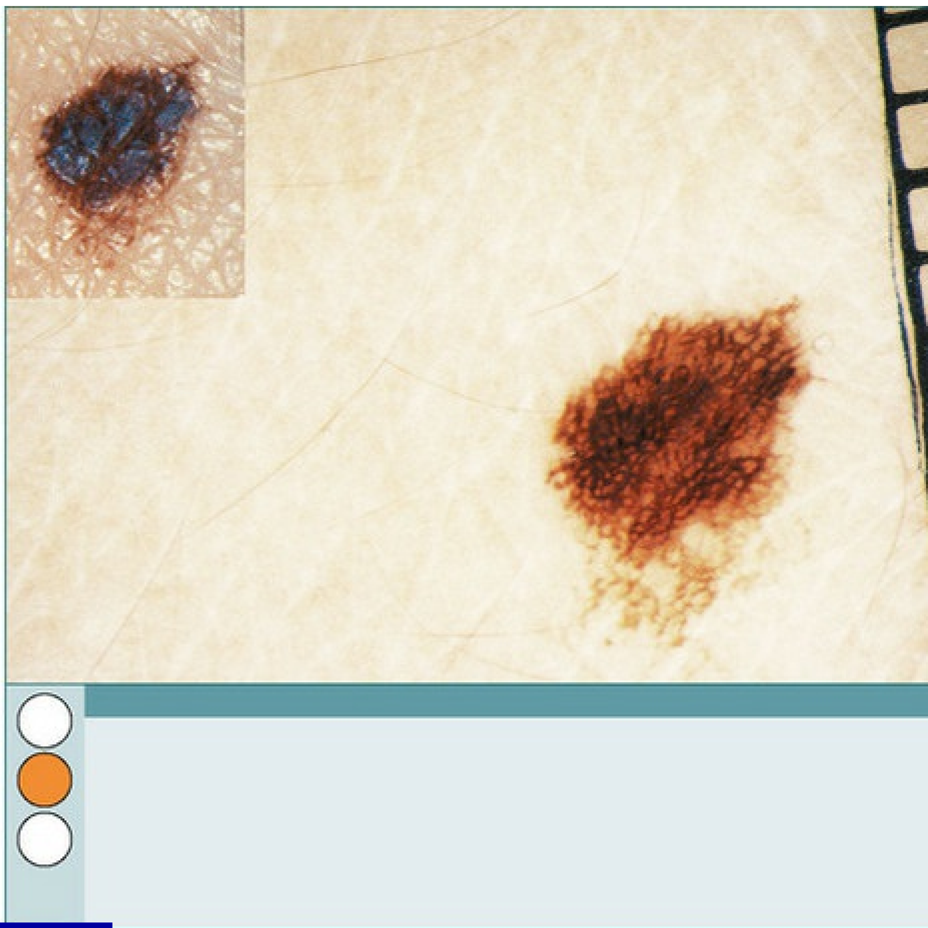


Figura 278 Nevo de Clark (displásico)

A qualidade da rede pigmentar é sugestiva de um tipo reticular de nevo de Clark (displásico). A rede pigmentar é atípica, e a cor é manchada. Portanto, recomenda-se a excisão ou o acompanhamento digital.

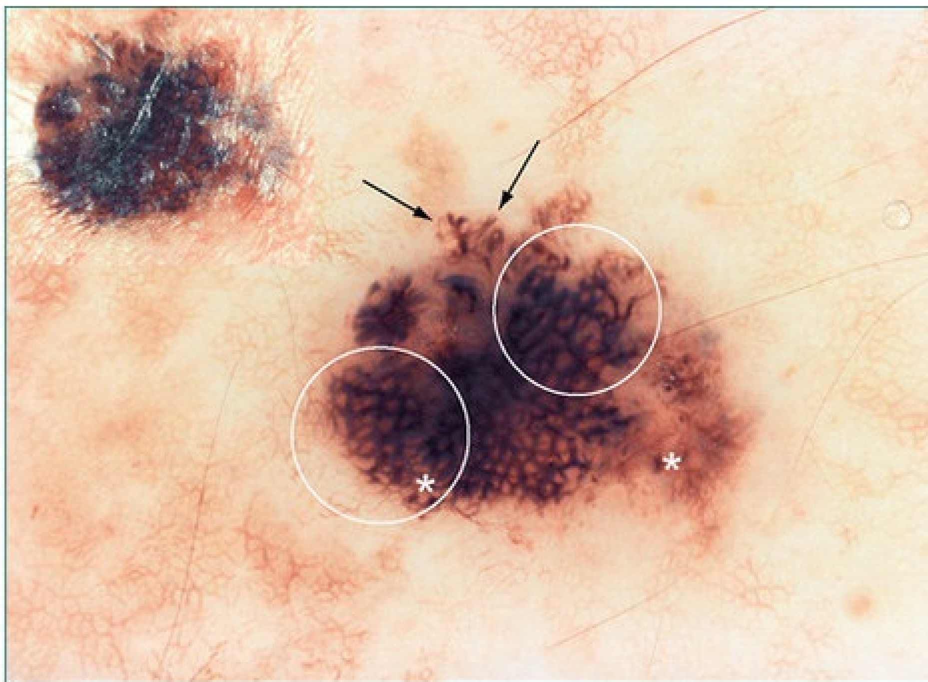


Figura 279 Melanoma

Esta lesão é preta com uma rede pigmentar, mas estas são as únicas características que este melanoma tem em comum com um lentigo em mancha de tinta. Esta lesão tem critérios específicos para melanoma proeminentes – uma rede pigmentar atípica (círculos), pontos e glóbulos irregulares (asteriscos) e estrias bem características (setas).

Lesões azuis

Princípios gerais

- A cor azul pode ser observada em lesões benignas e malignas. Nem todas são nevos azuis.
- A cor azul indica que a melanina está profunda na derme.
- É imperativo desenvolver um diagnóstico diferencial completo para lesões de cor azul.
- Se você visualizar uma lesão com cor azul, mas houver também outros critérios, ela deve ser avaliada como qualquer outra lesão.
- Lesões azuis podem ser enganadoras. Em caso de dúvida, não hesite, remova-a.



Figura 280 Melanoma nodular na face

Este tumor bastante exofítico, ulcerado e hemorrágico mostra a cor azul-esbranquiçada sem estrutura na ausência de qualquer critério específico de um tumor melanocítico ou não melanocítico. Embora a cor azul sem estrutura também possa ser observada nos nevos azuis, a distribuição irregular de cores, juntamente a ulceração e sangramento, representa uma imagem dermatoscópica de alto risco e deve ser removida. Na verdade, ele acabou por ser um melanoma nodular.



Figura 281 Carcinoma basocelular

Outro exemplo de um nódulo azul-esbranquiçado ulcerado que nos leva a acender imediatamente o sinal vermelho. Há vasos focados evidentes e alguns glóbulos isolados em cor cinza, bem como uma grande ulceração central. O dermoscopista experiente pode afirmar que é um carcinoma basocelular, mas insistirá em uma excisão diagnóstica com alta prioridade, porque um melanoma nodular não pode ser descartado com certeza.

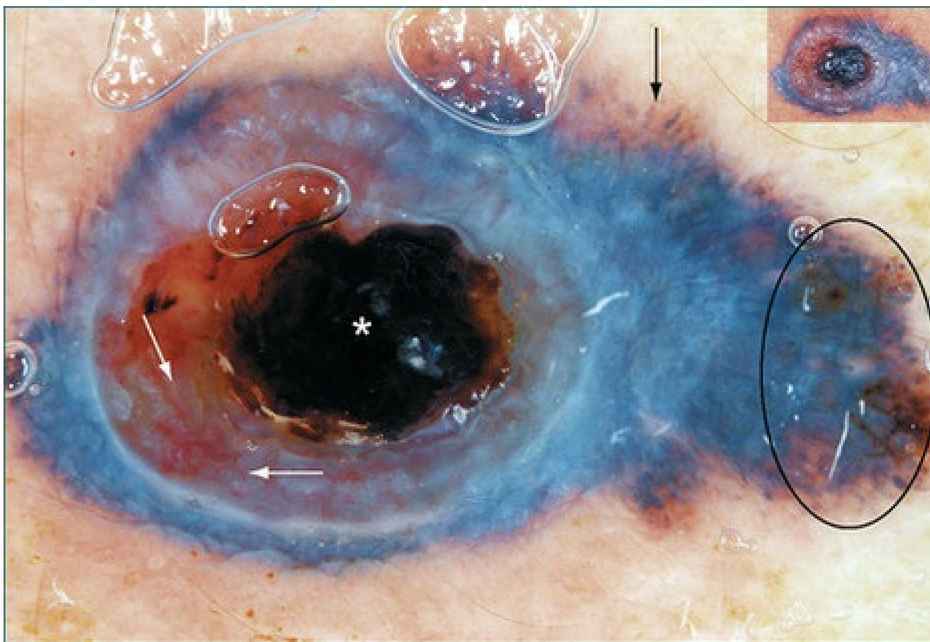
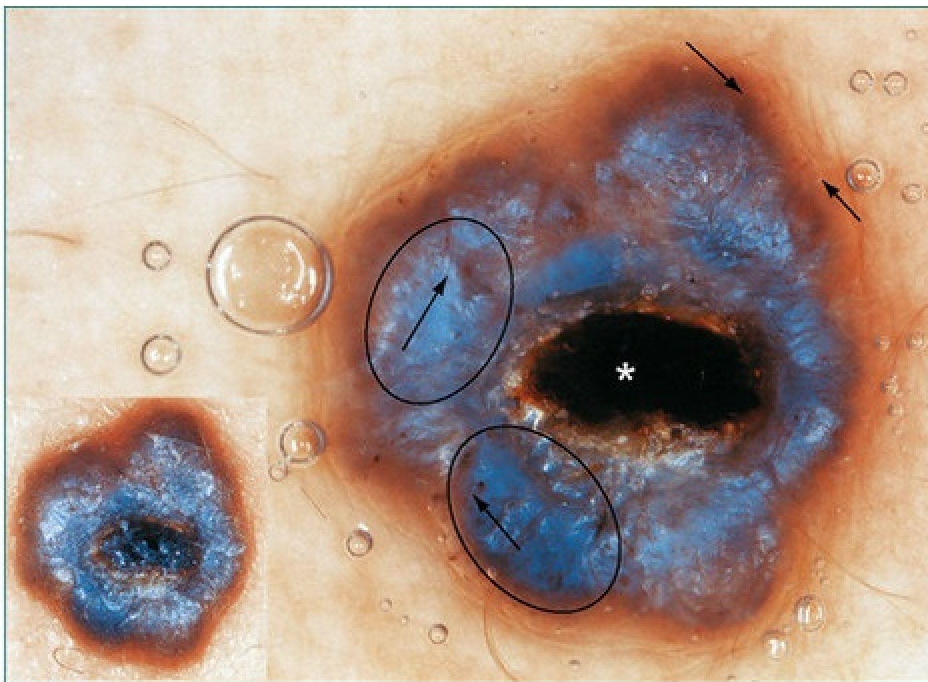


Figura 282 Melanoma

Um primeiro parecer pode ser o de que este é um carcinoma basocelular por causa da ulceração (asterisco) e dos vasos (setas brancas). Examine a lesão para detecção de todos os critérios. Ela realmente tem pontos e glóbulos (círculo), por isso é melanocítica. Note a aparência de melanoma atribuída a estrutura azul-esbranquiçada, pontos e glóbulos irregulares assimetricamente localizados e estrias irregulares (seta preta). Esta lesão requer, portanto, uma excisão diagnóstica com alto nível de prioridade. A imagem dermatoscópica será útil no planejamento da abordagem cirúrgica. É importante não excisar tangencialmente este melanoma invasivo.



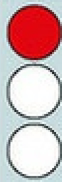


Figura 283 Carcinoma basocelular

Esta lesão é notavelmente semelhante à mostrada na Figura 282. As características incluem ulceração (asterisco), estruturas azul-esbranquiçadas (círculos) e alguns pontos e glóbulos irregulares (setas). Esta lesão é melanocítica por definição se as regras forem rigorosamente seguidas, embora, por fim, tenha sido diagnosticada como carcinoma basocelular. O ponto importante é que esta imagem dermatoscópica precisa de uma excisão diagnóstica com alto nível de prioridade.

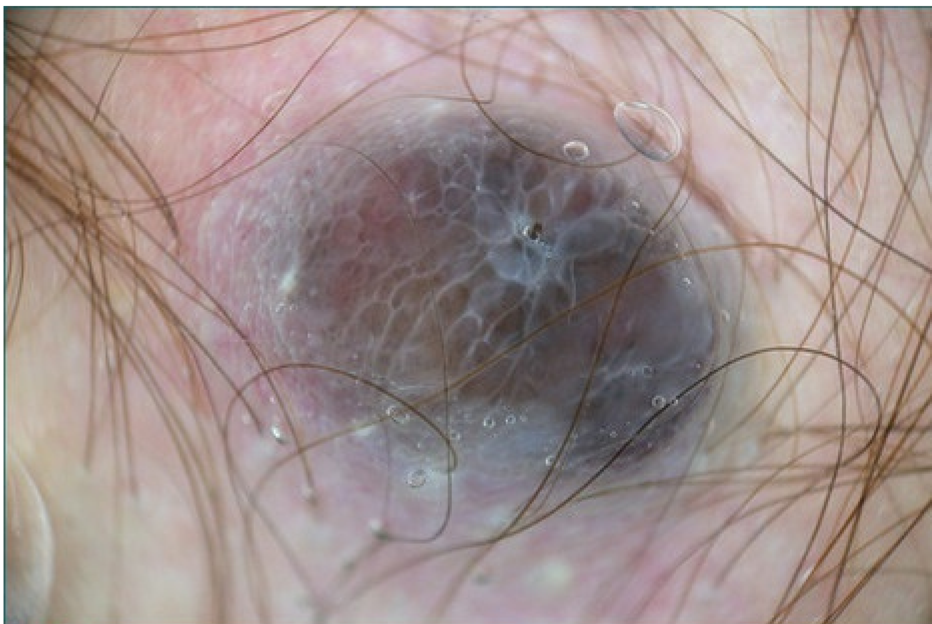


Figura 284 Metástase de melanoma

O diagnóstico diferencial deste nódulo azulado na axila é um nevo azul, por um lado, e um melanoma nodular ou uma metástase de melanoma, por outro. Sem dúvida, a história fornecida do tumor é de grande importância; nevos azuis têm geralmente uma história muito estável, em contraste com melanoma ou metástase de melanoma, que crescem rapidamente. Neste caso, o nódulo desenvolveu-se rapidamente em um paciente com melanoma primário anterior. Isso, juntamente ao aspecto dermatoscópico, deve sempre levar à biopsia – aqui era uma metástase de melanoma.

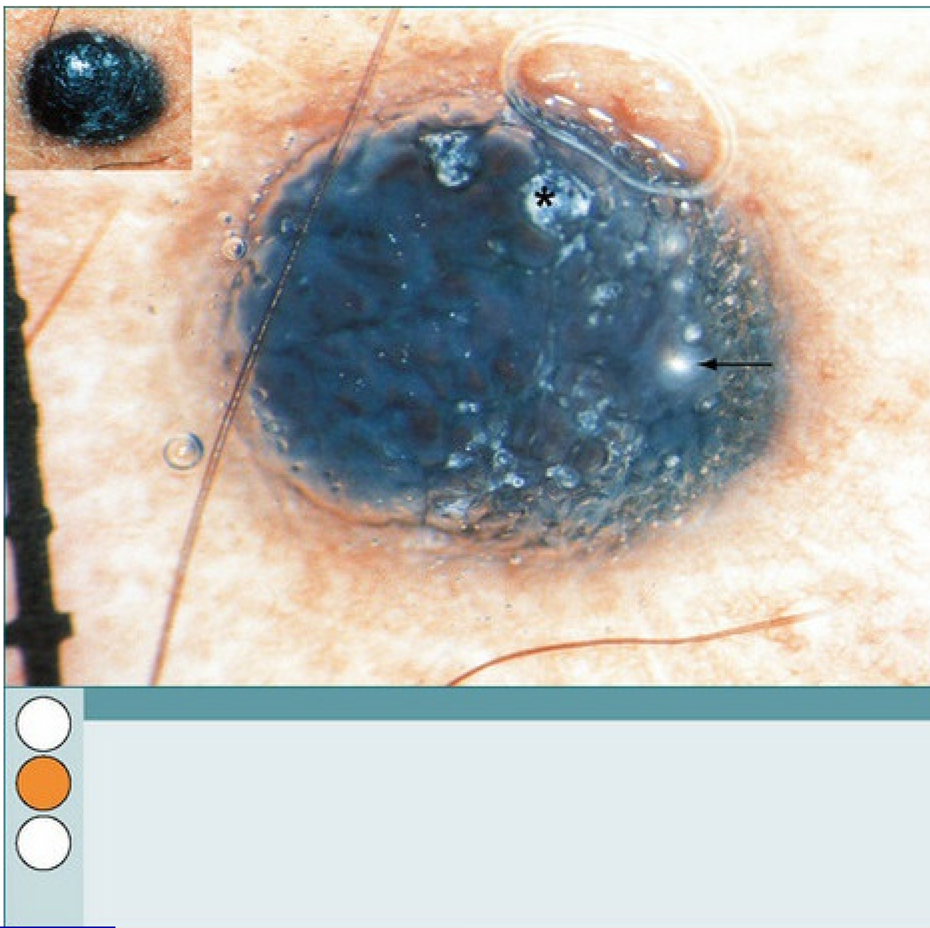


Figura 285 Nevo azul

Este é um bom exemplo de um nevo azul com cor azul relativamente homogênea. É seco e escamoso (asterisco) com cistos semelhantes a *milium* (seta). Não se esqueça de que o diagnóstico diferencial inclui melanoma nodular metastático cutâneo. A totalidade do quadro clínico irá ajudar na decisão quanto ao tratamento desta lesão.

Lesões reticulares

Princípios gerais

- Faça uma análise global de toda a lesão para tirar a primeira impressão.
- Padrão reticular = áreas significativas com rede pigmentar.
- A rede pigmentar é típica ou atípica?
- Que outros critérios existem para se fazer o diagnóstico dermatoscópico?



Figura 286 Melanoma *in situ*

Surpreendentemente, esta lesão mostrou ser um melanoma *in situ*. Não parece tão preocupante. Há rede pigmentar suficiente para afirmar que ela tem um padrão reticular, e a rede pigmentar é ligeiramente atípica. As estrias irregulares sutis (círculo) levam esta lesão ao limite da malignidade. Estatisticamente, uma lesão com esta imagem dermatoscópica não seria um melanoma, mas um nevo de Clark (displásico). Ela é suspeita o suficiente para justificar um diagnóstico histopatológico.

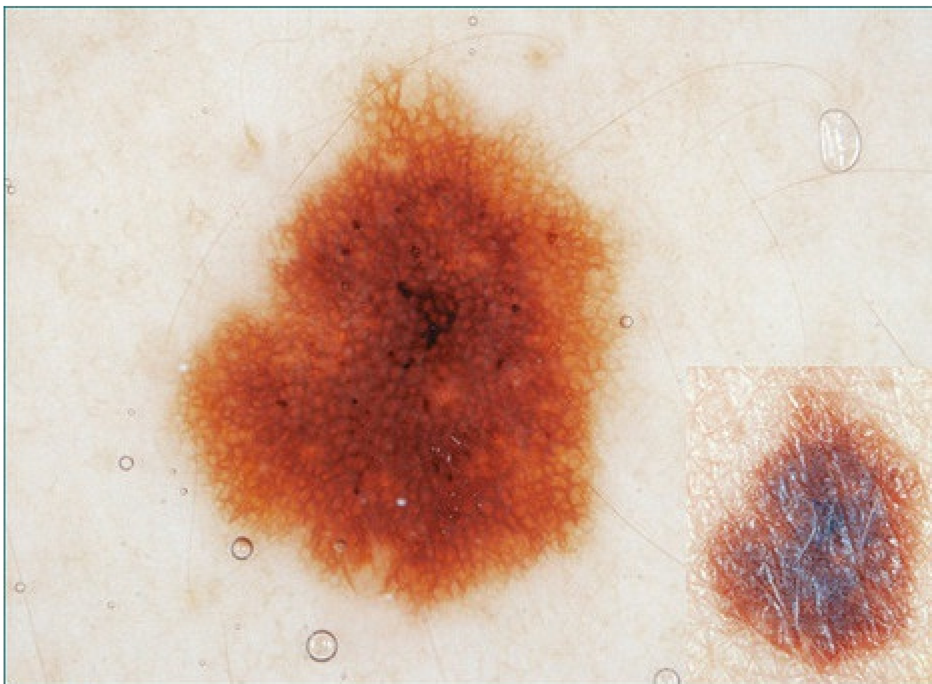


Figura 287 Nevo de Clark (displásico)

A rede pigmentar preenche a maior parte desta lesão. Tem um padrão mais reticular do que o mostrado na Figura 286. A rede pigmentar e os pontos e glóbulos são questionavelmente atípicos, mas não surpreendentemente preocupantes. Diferencie este nevo benigno do melanoma *in situ* na Figura 286. Aqui as linhas de rede são finas e desaparecem na periferia, contrapondo-se ao caso anterior.

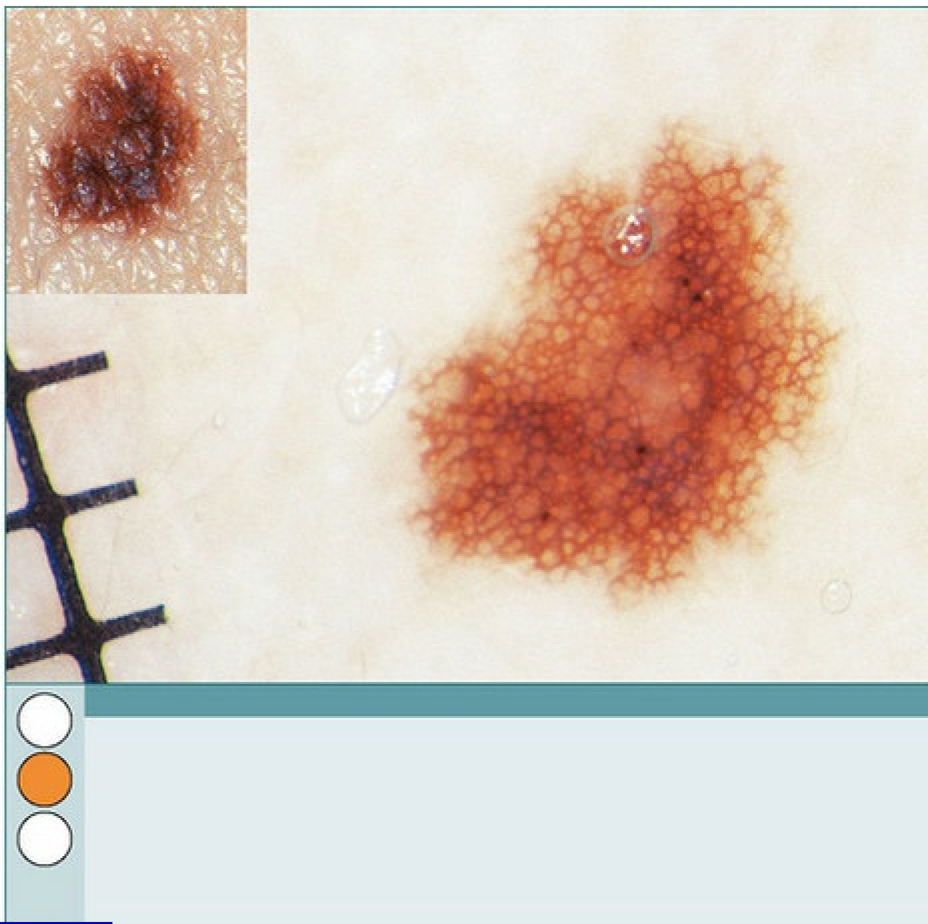


Figura 288 Nevo de Clark (displásico)

A rede pigmentar é um pouco atípica nesta lesão, porque os segmentos da linha são mais espessos, ramificados e quebrados. Não há nenhum outro critério específico para melanoma. Não confunda a área central de hipopigmentação com uma estrutura azul-esbranquiçada. Estatisticamente, esta imagem é observada na maioria das vezes com nevos de Clark (levemente displásicos).

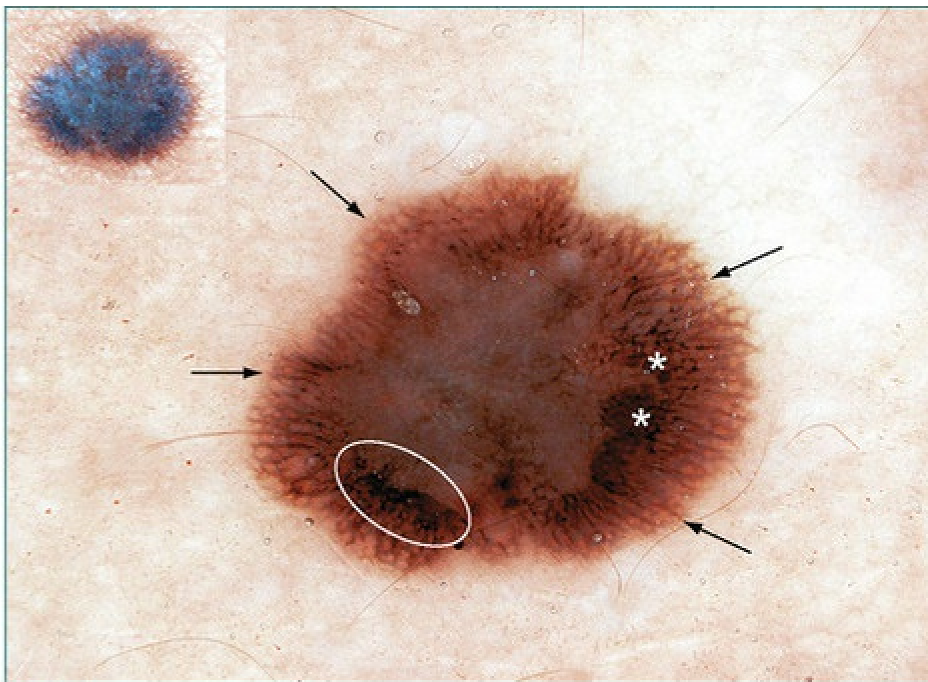


Figura 289 Nevo de Spitz

Esta lesão parece mais ameaçadora com um padrão reticular que forma um padrão estelar. Há estrias em todos os pontos da borda ao longo da periferia (setas). Isso favorece o diagnóstico de nevo de Spitz. Estruturas azul-esbranquiçadas podem ser observadas tanto nos nevos de Spitz quanto nos melanomas. Os critérios específicos para melanoma incluem pontos e glóbulos irregulares (asteriscos) e manchas irregulares (círculo). Retire esta lesão.

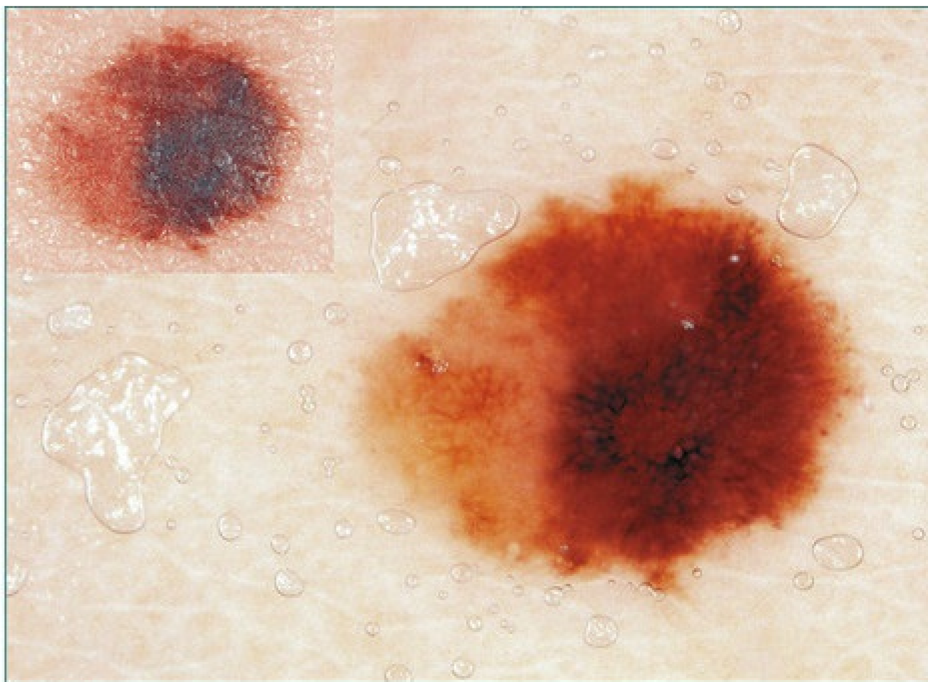


Figura 290 Melanoma

É necessário imaginação para localizar as estrias e a rede pigmentar atípica que classificam isso como um padrão reticular. O dermoscopista deve perceber que esta é uma lesão de alto risco por causa da evidente assimetria de cor e estrutura. Como é o caso aqui, um melanoma *in situ* inicial pode ser difícil de diagnosticar.



Figura 291 Melanoma

Esta imagem dermatoscópica bizarra mostra áreas com rede pigmentar muito atípica (círculo), estrias irregulares (setas) e pontos e glóbulos irregulares na parte esquerda inferior desta lesão. Nunca diga a um paciente que ele definitivamente tem um melanoma com base na imagem dermatoscópica, independentemente de quão ameaçadora ela pareça. O resultado do exame histopatológico, por vezes, pode surpreendê-lo.

Lesões spitzoides

Princípios gerais

- Spitzoide significa semelhante em aparência a um padrão estelar (*starburst*).
- Diagnóstico diferencial spitzoide inclui nevo de Clark (displásico), nevo de Spitz e melanoma.
- A morfologia spitzoide compreende uma área central de claro-escuro ou azul e pontos e glóbulos ou estrias na periferia.
- Padrão spitzoide simétrico = lesão benigna.
- Padrão spitzoide assimétrico = descarte melanoma.
- Padrão estelar estereotípico é observado com mais frequência do que o padrão globular, que é mais comum do que o padrão spitzoide inespecífico.

Cuidado

Ocorreram mortes secundárias a nevos de "Spitz" metastáticos que, na verdade, eram melanomas. Remova a maioria das lesões spitzoides. É melhor prevenir do que remediar.

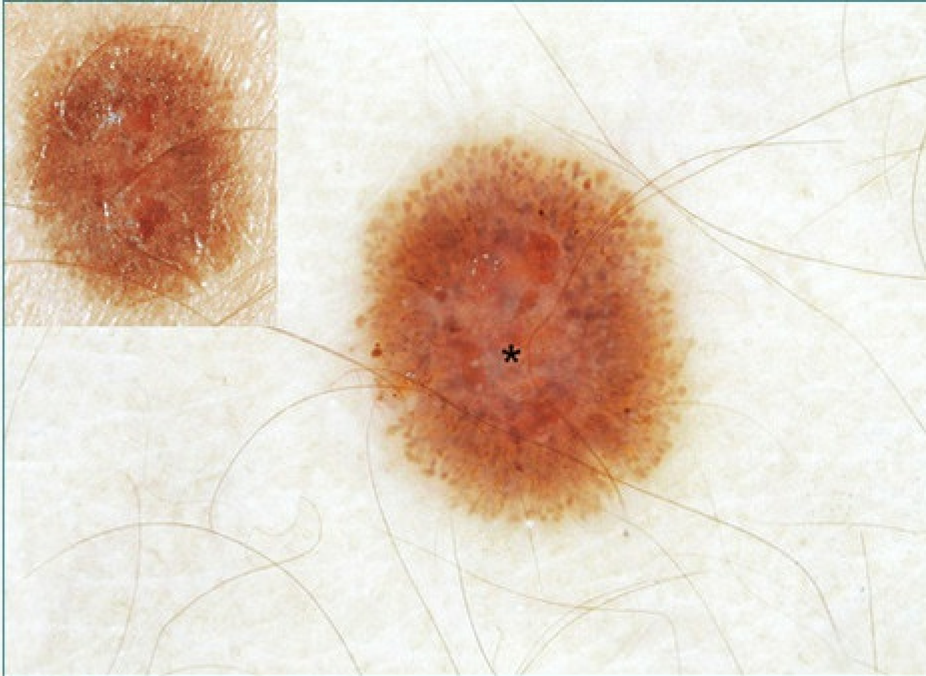


Figura 292 Nevo de Spitz

Este é um padrão spitzoide simétrico clássico. No centro da lesão, há uma estrutura azul-esbranquiçada sutil (asterisco). A borda de pontos e glóbulos em todos os pontos ao longo da periferia da lesão possibilita esse diagnóstico dermatoscópico. Ao olhar com cuidado, há também algumas estrias na periferia.

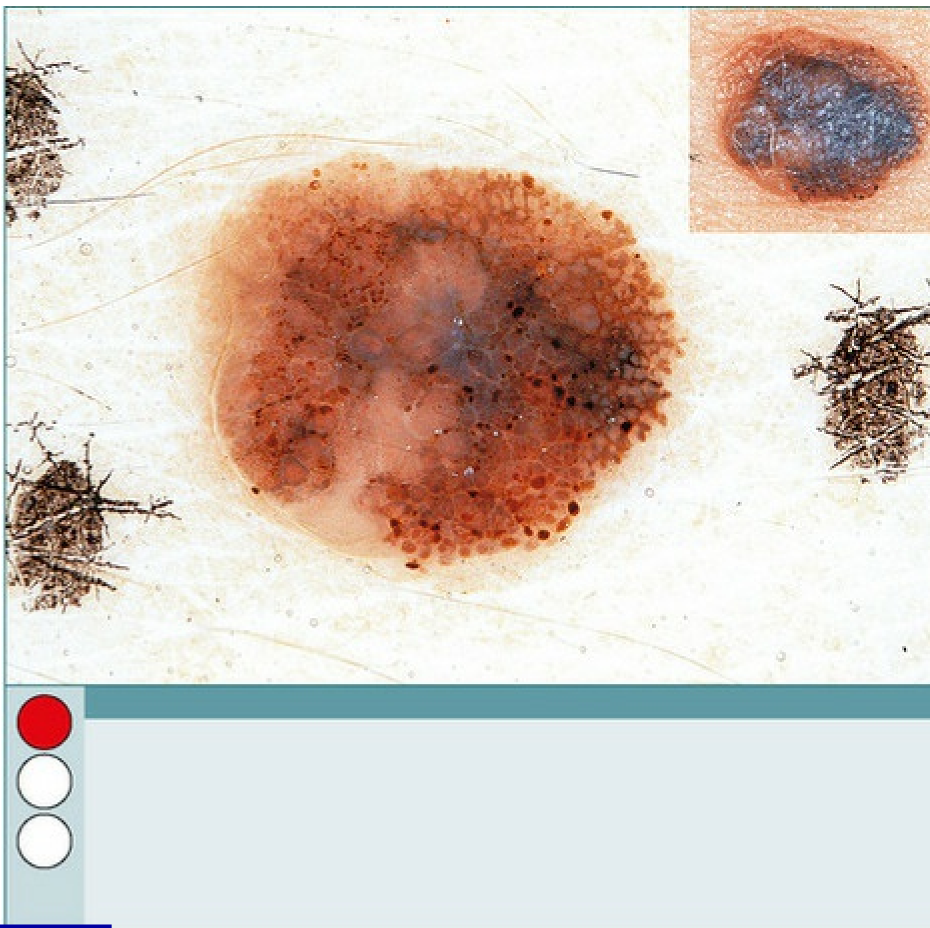


Figura 293 Melanoma

Em comparação com a lesão mostrada na Figura 292, esta lesão demonstra significativa assimetria de cor e estrutura com vários critérios específicos para melanoma. Por que, então, é spitzoide? Há uma estrutura azul-esbranquiçada central sutil, com pontos e glóbulos irregulares e estrias na periferia. Eles estão tentando formar um padrão estelar, mas os critérios não são de todo uniformemente distribuídos na periferia da lesão. Essa constelação de achados acende o sinal vermelho, e a lesão foi diagnosticada histopatologicamente como melanoma.

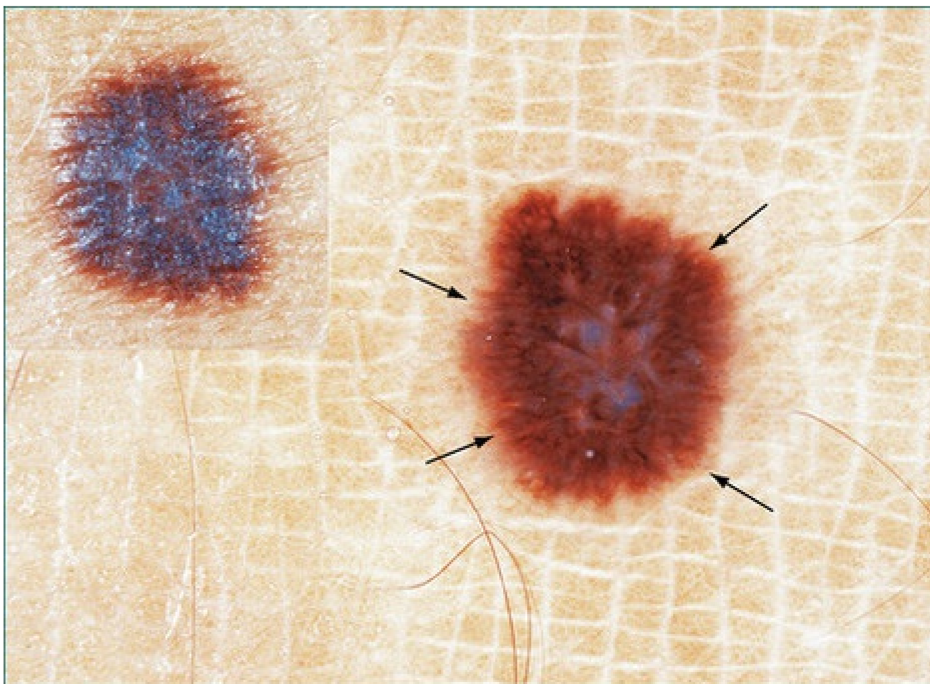


Figura 294 Nevo de Spitz

É importante reconhecer simetria e assimetria nas lesões spitzoides. Esta lesão é muito simétrica, com estrias radialmente orientadas sutis (setas) em todos os pontos ao longo da periferia da lesão. Lembre-se de que os critérios nem sempre são fáceis de observar, portanto, pratique a dermatoscopia tanto quanto possível para ser capaz de visualizar padrões sutis. A estrutura azul-esbranquiçada central é comumente encontrada em nevos de Spitz.

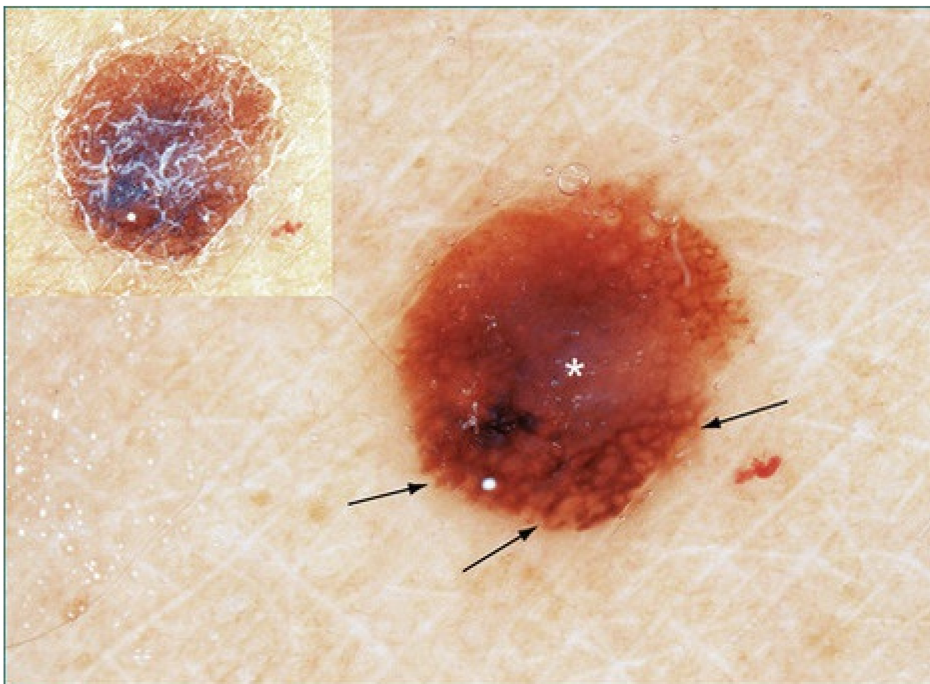


Figura 295 Melanoma

É necessário usar muito a imaginação para chamar este nevo de spitzoide. Ele realmente encaixa-se no padrão, porque há uma estrutura central azul-esbranquiçada (asterisco) e estrias assimetricamente localizadas (setas) na periferia. A rede pigmentar é muito atípica. Não importa se isso é chamado de spitzoide ou não – pode ser um melanoma e deve ser extirpado.

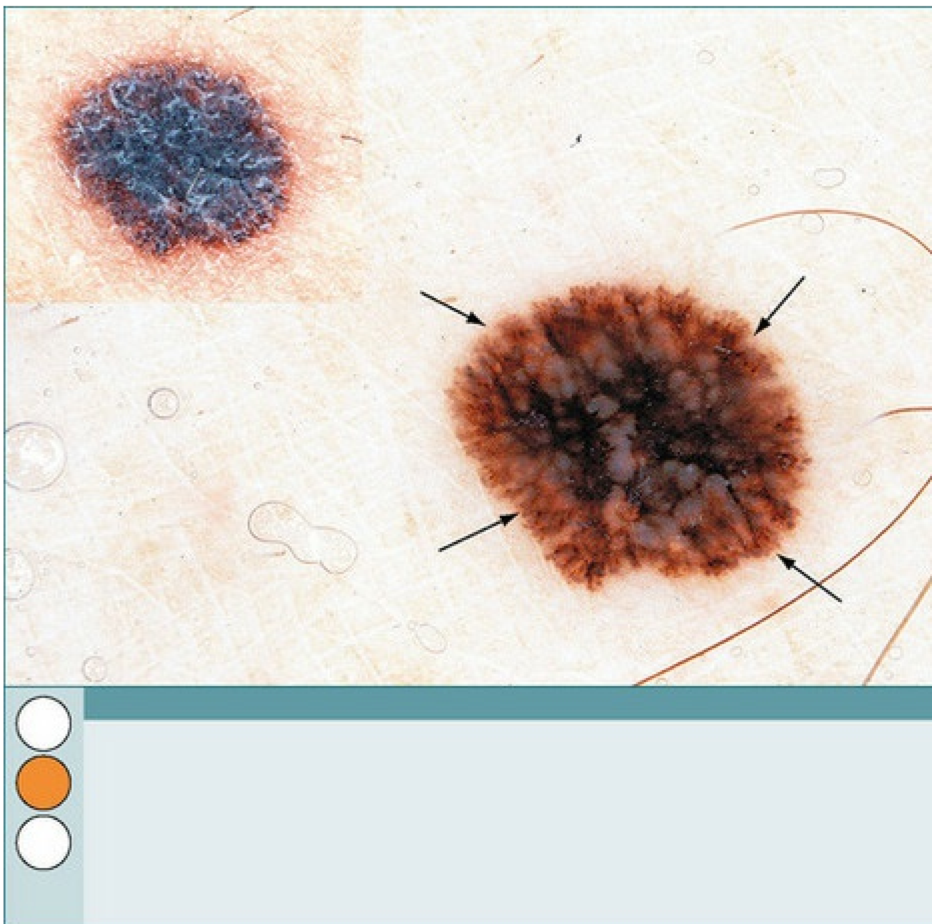


Figura 296 Nevo de Spitz

Aqui está outro padrão estelar simétrico bastante clássico. Se este padrão estiver gravado na mente, será reconhecido imediatamente. Este nevo de Spitz tem uma mancha central mais escura, cobrindo parcialmente uma estrutura azul-esbranquiçada, e estrias simetricamente localizadas (setas) em todos os pontos ao longo da periferia da lesão.

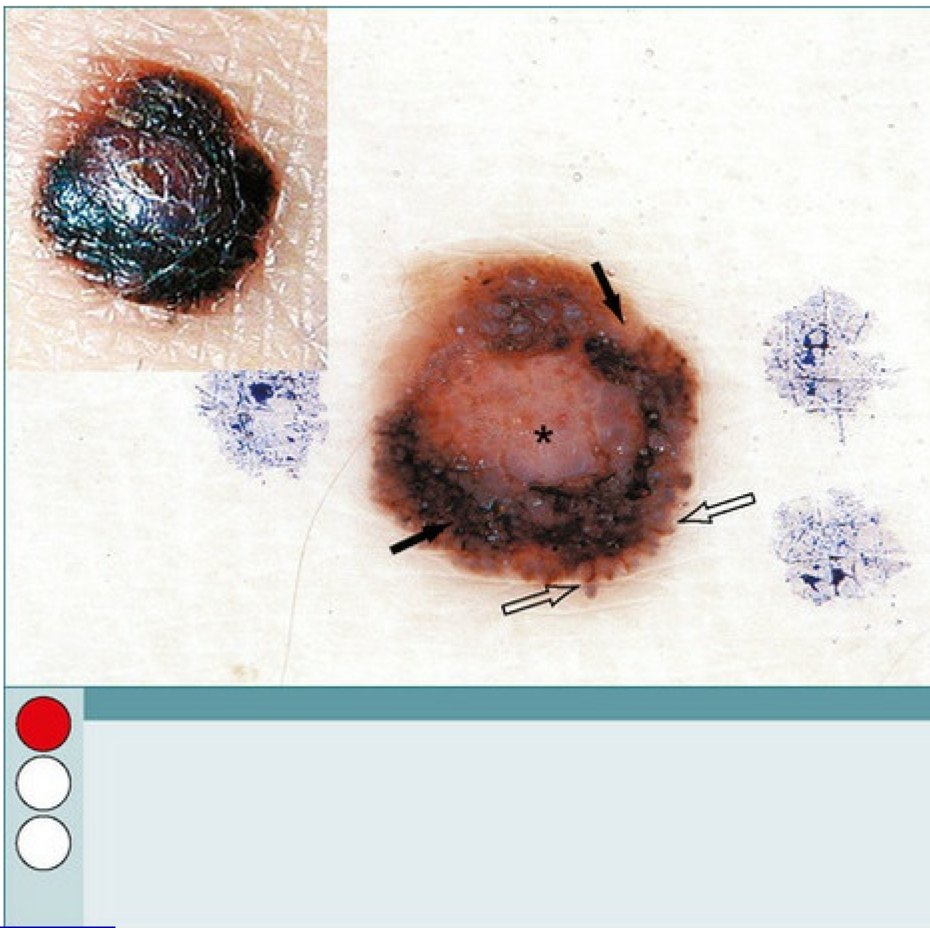


Figura 297 Melanoma

Este é um melanoma spitzoide com uma estrutura azul-esbranquiçada de localização central (asterisco), uma mancha escura em forma de ferradura (setas sólidas) e estrias localizadas assimetricamente (setas abertas) na periferia. Cor rosa – cuidado.

Nevos especiais

Princípios gerais

- Nevos especiais são definidos como nevos melanocíticos benignos que exibem uma constelação bastante específica de características, as quais resultam, muitas vezes, em um aspecto de alvo ou semelhante à íris.
- O grupo de nevos com características especiais inclui os nevos de Sutton, nevos de Meyerson, nevos traumatizados, nevos recorrentes, nevos combinados e nevos em cocar.
- Nevos especiais podem ser diagnosticados clinicamente com facilidade, e na maioria dos casos, a dermatoscopia simplesmente confirma o diagnóstico clínico.
- Uma história especial de lesão ou a remoção cirúrgica incompleta fornece novos indícios para o diagnóstico de nevo traumatizado e recorrente.
- Foram estabelecidas regras especiais para o tratamento de nevos especiais.



Figura 298 Nevo de Sutton (nevo halo)

Os nevos de Sutton, também chamados de nevos “halo”, são nevos melanocíticos benignos caracterizados clinicamente por uma borda periférica (halo) de despigmentação. Dermoscopicamente, o componente do nevo central tipicamente revela um padrão globular benigno, marrom sem estrutura, ou reticular, enquanto o anel periférico é branco e sem estrutura. Se aparecer durante o início da adolescência, nenhum tratamento adicional se justifica, e acendemos o sinal verde. Observe atentamente os outros nevos do seu paciente. Em geral, encontrará alguns outros nevos de Sutton.

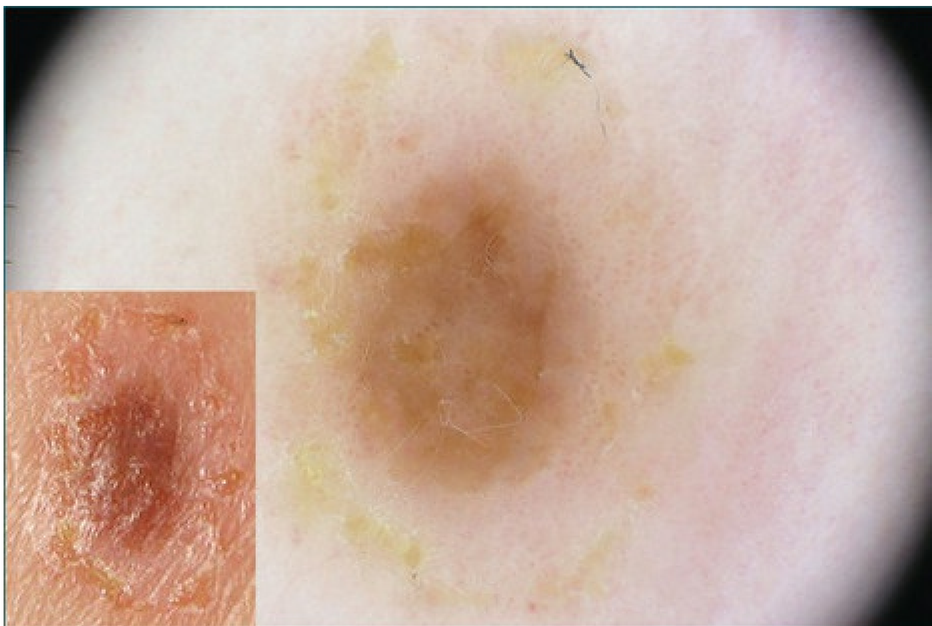


Figura 299 Nevo de Meyerson

O nevo de Meyerson, também chamado de “nevo eczematoso,” é caracterizado pelo desenvolvimento de um halo eczematoso em torno de um ou mais nevos pigmentados (à esquerda). Pelo fato de a inflamação eczematosa resultar em uma aparência clínica e dermatoscópica obscura, recomenda-se uma reavaliação após um ciclo curto de tratamento tópico com antibióticos ou corticosteroides. No caso de inflamação persistente ou recorrente, ou se houver presença de características atípicas, recomenda-se a excisão. Neste caso, o halo desapareceu após um curto período de tratamento com corticosteroides tópicos e, portanto, a lesão não foi retirada.

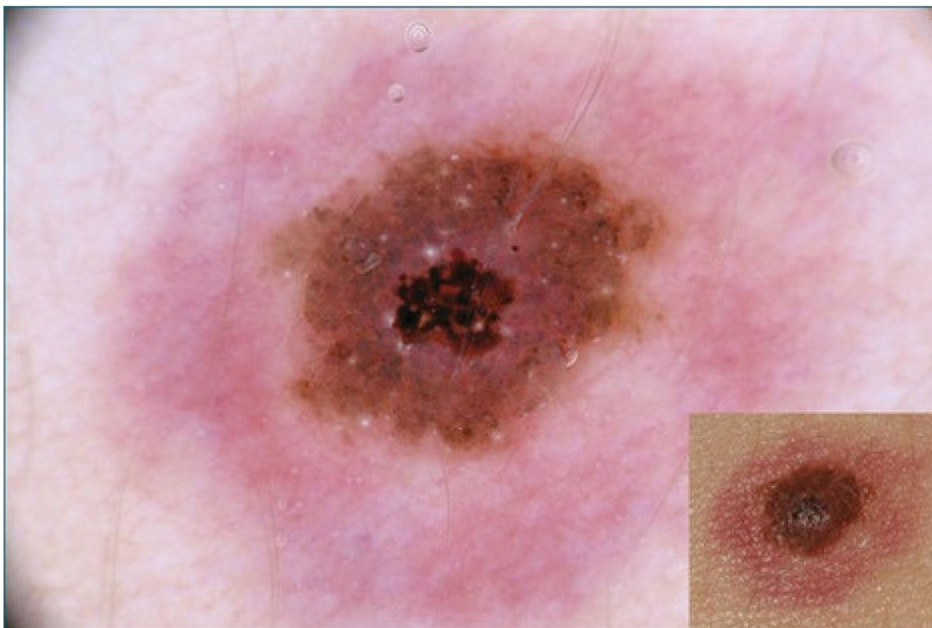


Figura 300 Nevo hemossiderótico em alvo

Nevos traumatizados, também denominados “nevos irritados ou hemossideróticos em alvo”, caracterizam-se pelo início súbito de uma borda roxa periférica após uma lesão em um nevo preexistente. Tipicamente, os nevos traumatizados são nodulares ou papilomatosos e os pacientes referem-se a uma história recente de trauma. Dermoscopicamente, o componente do nevo central parece turvo e, muitas vezes, é coberto por uma crosta hemorrágica tipicamente circundada por uma borda roxa sem estrutura, como é o caso aqui. Recomenda-se a reavaliação após algumas semanas para reanalisar o desaparecimento do halo periférico roxo. Não se esqueça de que, às vezes, também melanomas podem ser traumatizados.

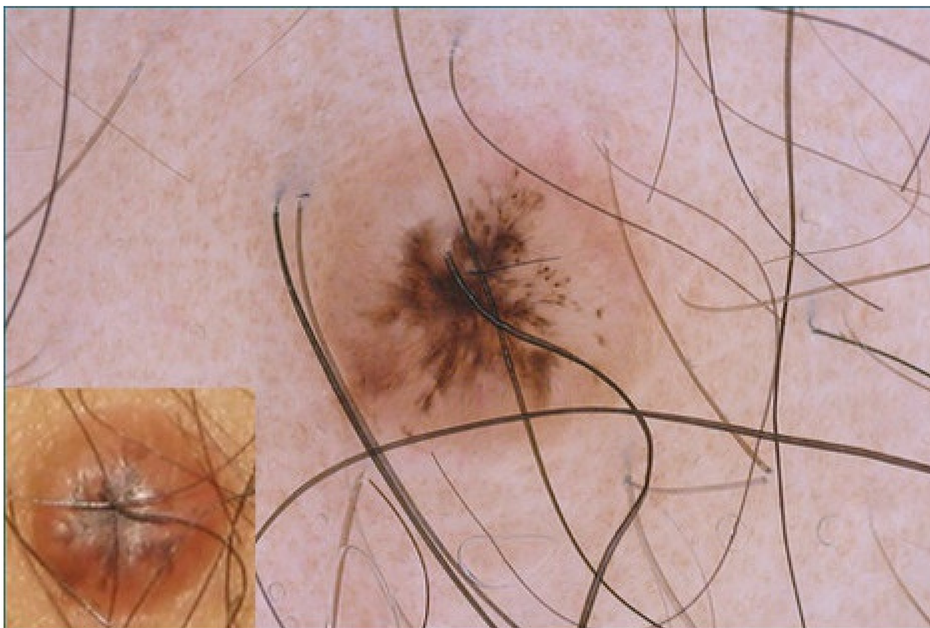


Figura 301 Nevo recorrente

Os nevos recorrentes são também muitas vezes chamados de pseudomelanomas tanto dermoscópica como histopatologicamente. Eles frequentemente ocorrem em cicatrizes logo após a remoção cirúrgica incompleta ou após um traumatismo. Pela dermatoscopia, os nevos recorrentes apresentam pontos/glóbulos irregulares e estrias localizadas centralmente ou, como nesta lesão, também uma mancha preta-acastanhada irregularmente delineada. Nos casos com diagnóstico histopatológico anterior confirmado de um nevo, não se justifica nenhum tratamento, ao passo que, em todos os outros casos, a excisão é obrigatória. Aqui a pigmentação ocorreu após uma lesão e, portanto, esta foi extirpada com grande rapidez.



Figura 302 Nevo combinado

Nevos melanocíticos combinados são definidos como a presença histopatológica de dois diferentes tipos de proliferações melanocíticas benignas. Eles têm, em geral, uma aparência clinicamente em alvo (Fig. 300). Por causa da presença de duas populações de células névicas, variações de cor ou mais de uma estrutura podem estar presentes. Dermoscopicamente, o tipo mais clássico é o de um nevo azul e um nevo congênito, como demonstrado aqui. Observe a área castanho-clara quase sem estrutura à direita e a área arredondada azul-esbranquiçada homogênea à esquerda. Como os nevos combinados são raros, geralmente recomenda-se a excisão para descartar um melanoma dentro de um nevo preexistente.

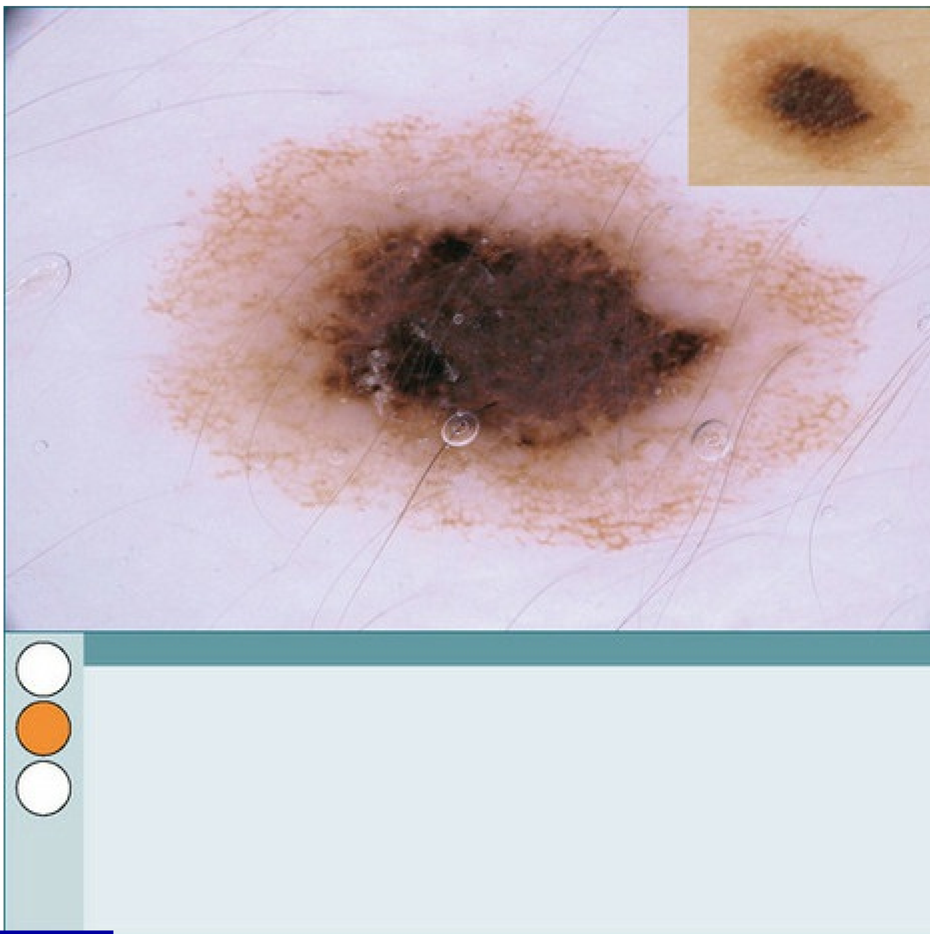


Figura 303 Nevo em cocar

Os nevos em cocar são nevos benignos, caracterizados por uma porção central pigmentada, frequentemente papulosa, que é circundada por uma borda interna despigmentada e uma externa pigmentada. A porção central tipicamente mostra um padrão globular ou em pedra de calçamento, enquanto a borda externa pigmentada frequentemente evidencia um padrão reticular como o muito bem exibido aqui. Os nevos em cocar são benignos e não há necessidade de nenhum tratamento adicional. Obviamente, no caso de você não estar familiarizado com esse tipo específico de nevo, pode acender o sinal laranja e, dependendo da localização específica, uma excisão diagnóstica ou a consulta de uma segunda opinião pode ser um bom caminho.

Múltiplos nevos de Clark (displásicos)

Princípios gerais

- Examinar múltiplos nevos com dermatoscopia é custo-eficaz e fornece informações sobre se um paciente tem múltiplos nevos de alto risco ou comuns.
- A maioria dos pacientes com múltiplos nevos tem lesões de baixo risco, mas essa condição pode ser confirmada mediante dermatoscopia.
- Pergunte aos pacientes se eles têm qualquer nevo novo ou alterações nos nevos. Nunca ignore a história do paciente.

- A lesão cutânea pigmentada "patinho feio", observada tanto clinicamente quanto pela dermatoscopia, justifica um diagnóstico histopatológico.
- Se um paciente tem múltiplas lesões com aspecto de alto risco pela dermatoscopia, retire uma ou duas para fazer uma correlação dermatoscópico-patológica.
- O verdadeiro número de melanomas é pequeno se comparado à quantidade de pacientes com múltiplos nevos displásicos. A maioria não precisa ser extirpada, mas pode ser acompanhada com uso de sistemas digitais para procurar alterações significativas ao longo do tempo.





Figura 304 Nevos múltiplos

Este é um exemplo estereotípico de uma pessoa com múltiplos nevos. Clinicamente, eles parecem de baixo risco, mas um melanoma não pode ser descartado. É possível examinar a maioria destas lesões rapidamente com a dermatoscopia e obter indícios que apontem para lesões de alto risco que não pareçam de alto risco em nível clínico. Estes são, em geral, os melanomas iniciais que oferecem aos seus pacientes as melhores chances de sobrevida. A dermatoscopia abre um novo mundo de cores e estruturas que ajudam na gestão deste problema comum, difícil e grave (Figs. 305-308).

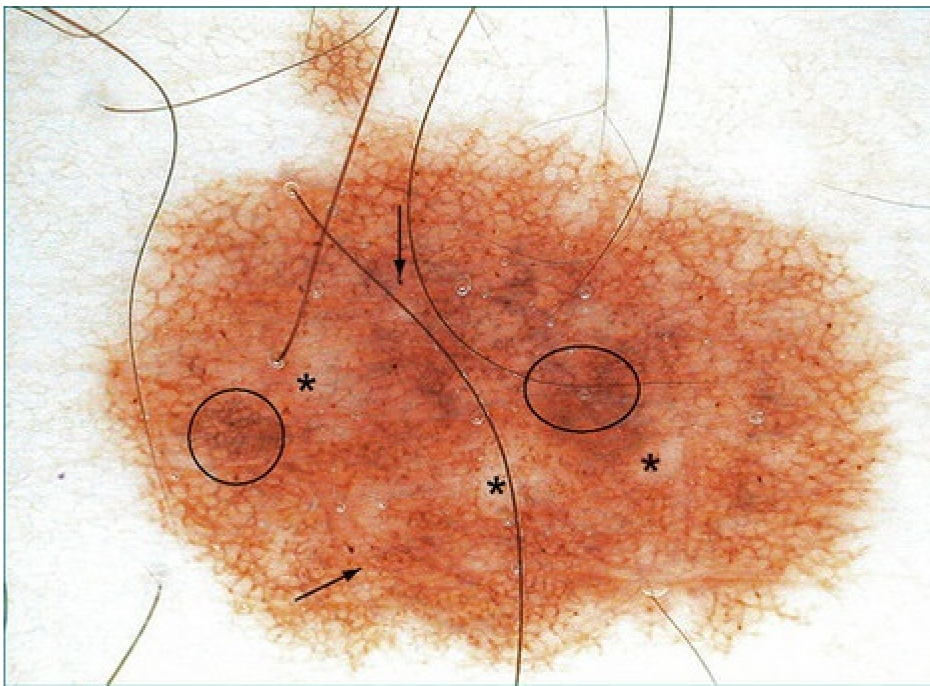


Figura 305 Nevo de Clark (displásico)

Aqui está um exemplo de um nevo displásico do indivíduo mostrado na Figura 304. Hipopigmentação multifocal (asteriscos), rede pigmentar atípica (círculos) e pontos e glóbulos irregulares (setas) são observados. No reino dos nevos displásicos, achados dermatoscópicos nem sempre se correlacionam com a patologia. Lesões muito preocupantes frequentemente acabam por ser levemente displásicas, ao passo que lesões relativamente inexpressivas podem ser reveladas em nível histopatológico como gravemente displásicas.

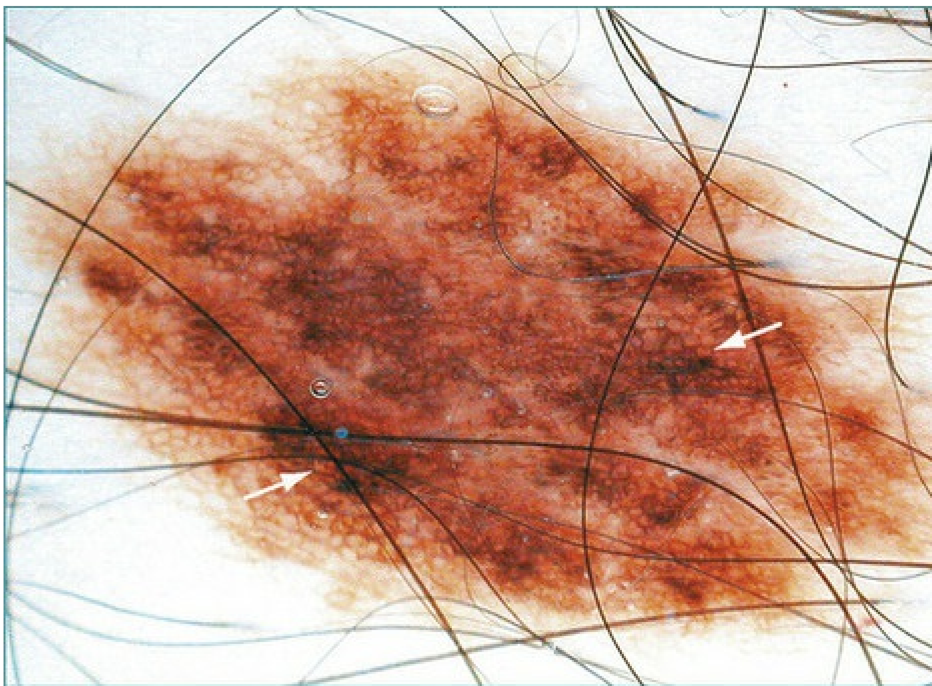


Figura 306 Nevo de Clark (displásico)

Um padrão de critérios dermatoscópicos semelhantes aos observados na Figura 305 pode ser visto neste nevo. As manchas irregulares (setas) apontam para um nevo displásico de risco potencialmente mais alto. Excisão e exame com acompanhamento digital são duas maneiras de administrar esta lesão.





Figura 307 Nevo de Clark (displásico)

Uma lesão “patinho feio” que se destaque ainda não foi encontrada neste paciente, que parece ter nevos relativamente parecidos. Qual deles ser retirado para fazer uma correlação dermatoscópico-patológica?

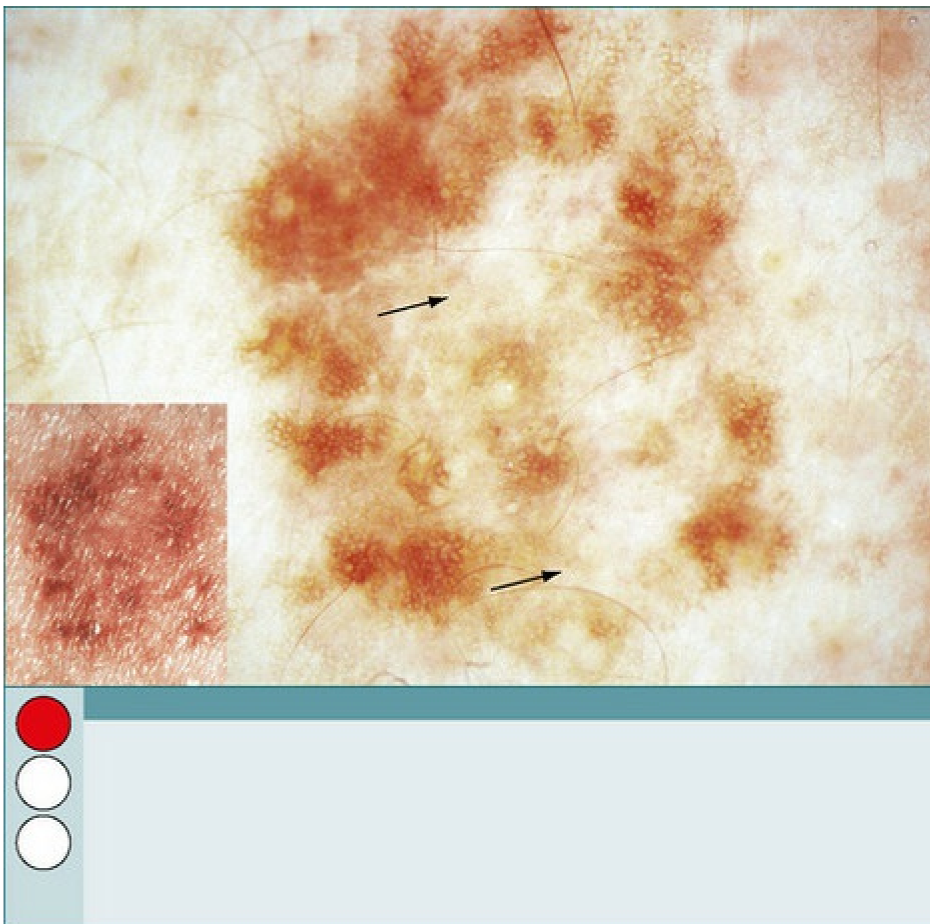


Figura 308 Melanoma

Aqui, contudo, temos uma lesão do tipo “patinho feio”. Esta lesão avermelhada relativamente sem estrutura difere das outras. Observe a hipopigmentação multifocal (setas) que margeia as áreas de regressão e rede pigmentar atípica. A excisão é obrigatória. A dermatoscopia revela lesões de alto risco como estas, que também podem ser facilmente negligenciadas se o paciente for examinado a olho nu ou por intermédio da ampliação típica usada pelos clínicos. Os melanomas passarão despercebidos com menos frequência se houver domínio da dermatoscopia.

Acompanhamento de lesões melanocíticas

Princípios gerais

- Um número elevado de nevos, particularmente quando clinicamente atípicos, é o maior fator de risco para o desenvolvimento de melanoma original (*de novo*). Os melanomas iniciais frequentemente não são reconhecíveis, pois são pequenos, de cor uniforme e delineamento regular e, consequentemente, são confundidos com um nevo comum em outros aspectos. Como a maioria dos melanomas é original, o principal desafio no tratamento dos pacientes com nevos múltiplos atípicos é a identificação dos melanomas iniciais que estão ocultos em um mar de nevos.
- A fotografia de corpo inteiro e o monitoramento dermatoscópico digital periódico

melhoram o reconhecimento precoce do melanoma, pois adicionam informações sobre a evolução ao longo do tempo, o que, por sua vez, auxilia no diagnóstico. A premissa por trás do acompanhamento digital é que as lesões estáveis são biologicamente indolentes e, portanto, sem nenhuma preocupação, ao passo que algumas das lesões novas e/ou alteradas podem vir a ser comprovadas como melanomas. Esses melanomas iniciais, se acompanhados durante meses a anos, subsequentemente irão manifestar critérios clínicos suficientemente atípicos para possibilitar sua descoberta.

- Existem vários protocolos de acompanhamento, como seguimento de curto prazo após 3 meses, acompanhamento de prazo intermediário após 6 a 12 meses e monitoramento de longo prazo ao longo dos anos.
- No entanto, para a adesão do paciente, a primeira consulta de acompanhamento após a documentação de referência deve ser agendada após 3 meses e, depois, dependendo da situação, a cada 6 a 12 meses.
- Com exceção de nevos na infância ou no início da adolescência, qualquer lesão em adultos que apresente até mesmo mudanças sutis após acompanhamento de 3 meses ou com aumento assimétrico seguido de mudanças estruturais significativas após 6 a 12 meses deve ser extirpada.
- Lesões nodulares ou azuis ambíguas nunca devem ser acompanhadas, mas devem ser imediatamente retiradas no momento da consulta. Isso porque, no caso de melanoma, o tumor já será invasivo e até mesmo um atraso de 3 meses pode piorar o prognóstico.
- Os nevos em crescimento na infância ou início da adolescência são caracterizados por uma borda periférica de glóbulos ou por estrias periféricas, no caso de nevos de Spitz/Reed pigmentados planos em desenvolvimento. Ao realizar o acompanhamento digital, deve-se ter em mente que esses nevos tendem a aumentar simetricamente, de modo que o crescimento por vezes é seguido de mudanças estruturais.

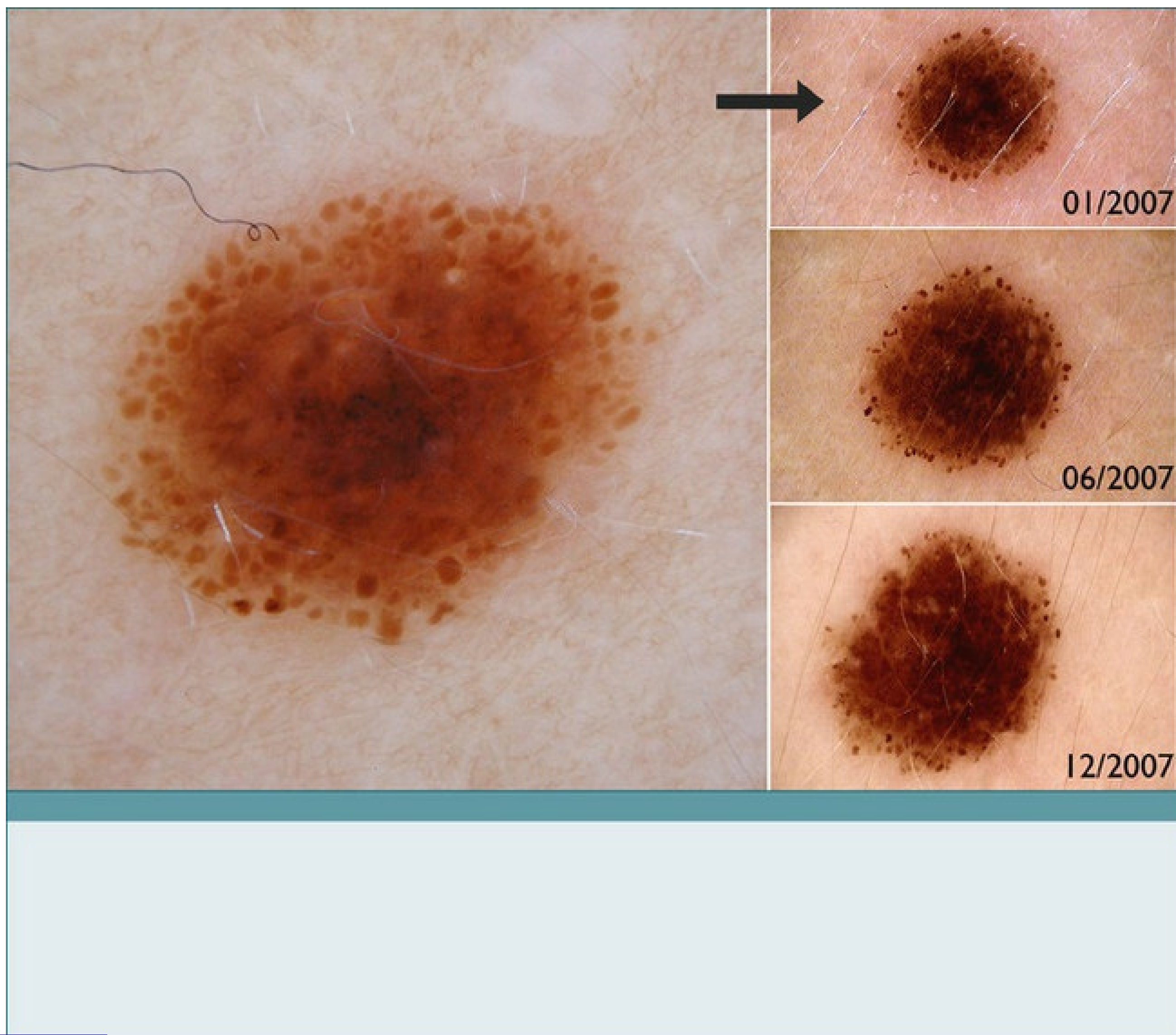


Figura 309 Nevo em desenvolvimento

Nevos em desenvolvimento são muito comuns em torno da puberdade e início da adolescência e revelam uma borda periférica de glóbulos (à esquerda). Durante o acompanhamento, esses nevos irão aumentar simetricamente até o desaparecimento final dos glóbulos indicar estabilização do crescimento. À direita: imagem digital dermatoscópica do nevo observada à esquerda no início do estudo (superior direito). Acompanhamento após 6 meses mostra um aumento simétrico, sem mudanças estruturais significativas (médio direito). Acompanhamento de 12 meses após a documentação inicial mostra um aumento simétrico significativo do tamanho, mas nenhuma mudança estrutural (inferior direito).

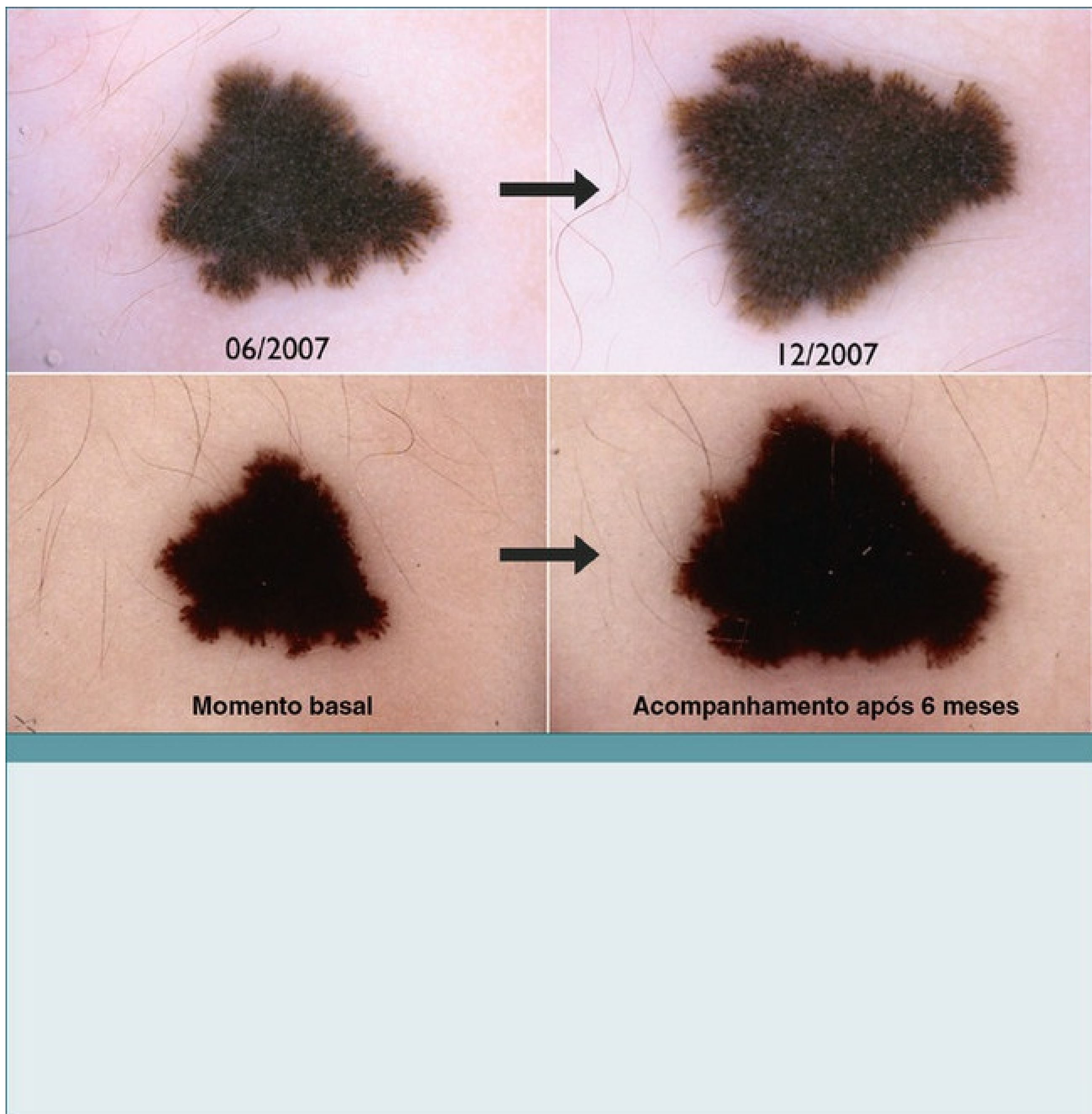


Figura 310 Nevo de Reed ou de Spitz pigmentado

Os nevos de Reed e os nevos de Spitz pigmentados são nevos de crescimento rápido que podem mostrar um aumento significativo, mesmo após acompanhamento de curto prazo de 6 meses. Imagem superior esquerda: esta imagem de momento basal de alta qualidade de um nevo de Spitz pigmentado está localizada no dedo de um menino de 6 anos de idade. Dermoscopicamente, revela uma distribuição simétrica de estrias periféricas. À direita, no alto: acompanhamento após 6 meses mostra um aumento significativo do nevo. Acompanhamento digital de nevos de Spitz pigmentados poderia ser considerado opcional em crianças, ao passo que a excisão é recomendada após a puberdade. Esquerda e direita, embaixo: imagens digitais dermatoscópicas correspondentes do mesmo nevo como mostrado no alto à esquerdo e à direita, respectivamente. Torna-se evidente que, embora os sistemas digitais sejam suficientes para possibilitar a observação de mudanças por meio de comparação lado a lado das imagens de momento basal e de acompanhamento, eles não fornecem qualidade suficiente para serem usados como ferramentas de triagem diagnóstica – para este último, um simples dermoscópio

portátil é suficiente.

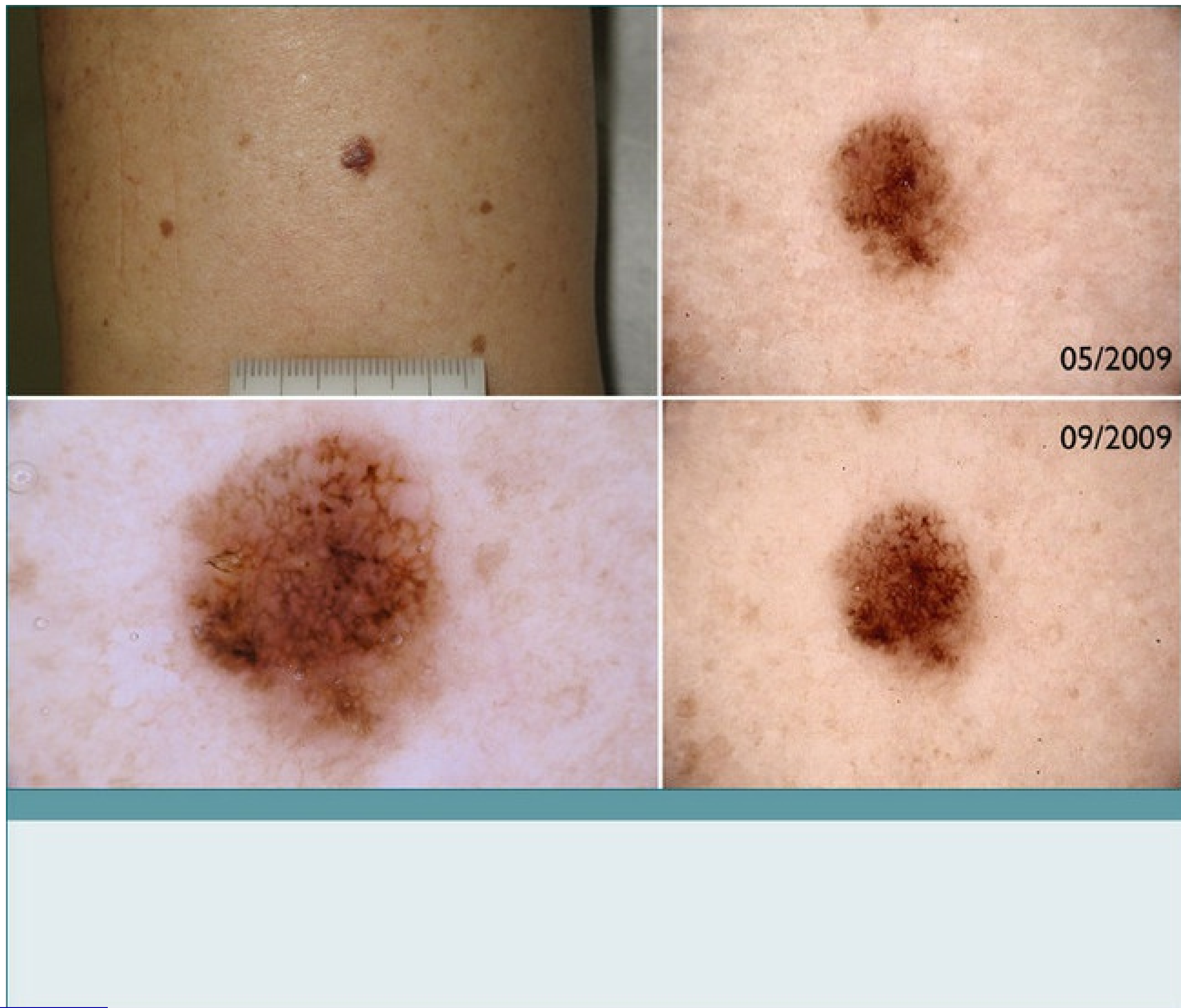


Figura 311 Melanoma *in situ*

Este pequeno melanoma está localizado na perna de uma mulher de 45 anos com múltiplos nevos (canto superior esquerdo). A imagem superior direita mostra o melanoma no início do estudo, enquanto a imagem inferior direita mostra o acompanhamento da lesão após 4 meses. Podem-se observar alterações como aumento assimétrico e surgimento de novas estruturas, como rede atípica e pontos negros. As lesões que mudam depois de um período tão curto devem ser sempre extirpadas. A imagem inferior esquerda mostra a parte inferior direita da imagem digital dermatoscópica em alta resolução.

Lesões com regressão

Princípios gerais

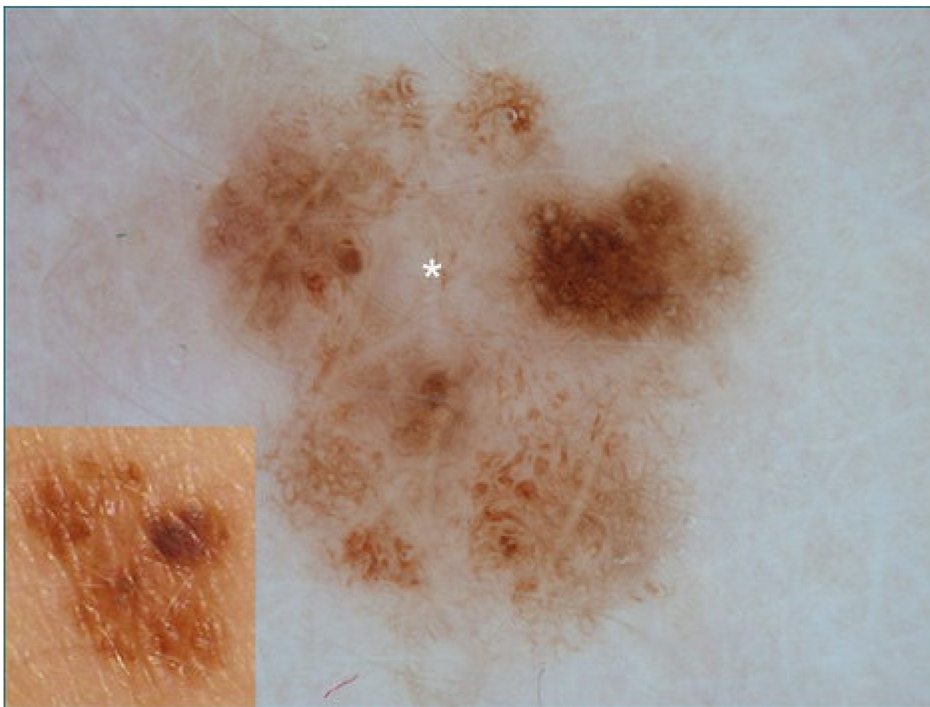
- Cor branco-óssea frequentemente representa cicatrização observada na regressão.
- Não confunda hipopigmentação com regressão.

- Um véu azul-esbranquiçado é uma área de aparência de vidro fosco azulada que também pode ser observada na regressão.
- Às vezes, não é possível dizer se se trata de uma área branca de regressão ou de um véu azul-esbranquiçado. Estes podem agora ser diagnosticados como estruturas azul-esbranquiçadas.
- Estruturas azul-esbranquiçadas são critérios de alto risco observados em melanomas ou nevos de Spitz.
- Melanomas de disseminação superficial frequentemente têm áreas de regressão.
- Se até mesmo uma sugestão de uma estrutura azul-esbranquiçada for identificada, é melhor pecar pelo excesso e fazer um diagnóstico histopatológico.



Figura 312 Melanoma

A cor branca na parte esquerda desta lesão (asterisco) é um pouco mais branca do que a pele circundante; também adjacente a ela existem inúmeras estruturas azuis correspondentes a melanófagos na derme papilar. Portanto, por definição, interpretamos isso como uma proliferação melanocítica regressiva. A assimetria significativa de cores e estrutura aponta para o diagnóstico de um melanoma, e o novato deve acender o sinal vermelho aqui. O exame histopatológico revelou melanoma superficial com regressão focal.



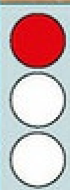


Figura 313 Nevo de Clark (displásico)

Contrapondo-se à Figura 312, a cor clara (asterisco) não é clara o suficiente para ser considerada uma área de regressão. No entanto, existe assimetria evidente na cor e estrutura, de modo que acendemos o sinal vermelho e retiramos a lesão. A histopatologia, no entanto, mostrou apenas um nevo de Clark (displásico) e, não, um melanoma superficial. Isso acontece com muita frequência, e o dermoscopista experiente sabe muito bem que não existe uma correlação linear entre displasia/atipia dermatoscópica e histopatológica.



Figura 314 Melanoma

Assimetria de cor e estrutura – cuidado. Há uma estrutura branca claramente evidente na parte esquerda desta lesão (asteriscos) correspondente à fibrose pronunciada na derme papilar em nível histopatológico. Além da assimetria proeminente, há remanescentes de uma rede pigmentar atípica (círculo) visível na posição de 11 horas. Sem dúvida, acendemos o sinal vermelho e retiramos este melanoma regressivo.



Figura 315 Nevo de Clark (displásico)

Este é um véu azul-esbranquiçado (círculo) ou uma área de regressão caracterizada por áreas azul-esbranquiçadas que representam fibrose e melanose? A assimetria desta lesão é, na maior parte das vezes, decorrente desta estrutura azul-esbranquiçada. Um segundo parecer patológico foi solicitado quando esta lesão foi primeiramente diagnosticada como um nevo de Clark benigno (displásico). Sempre tente fazer uma boa correlação dermatoscópica-patológica. Se houver divergência, obtenha uma segunda opinião patológica. E lembre-se: qualquer que fosse o diagnóstico histopatológico desta lesão, a excisão seria a escolha correta.



Figura 316 Melanoma

Este melanoma ligeiramente rosado tem uma estrutura branca proeminente (asteriscos). Esta área esbranquiçada provoca assimetria de cor e estrutura e, apesar da falta de qualquer outro critério dermatoscópico específico para melanoma, esta lesão deve ser considerada um melanoma até prova em contrário. Consequentemente, devemos acender o sinal vermelho.



Figura 317 Nevo de Clark (displásico)

Esta lesão apenas ligeiramente assimétrica é muito difícil de diagnosticar. Embora existam zonas com estruturas brancas (asteriscos) e também algumas áreas granulares azuis (também chamadas de *peppering* — salpicado de pimenta), a impressão geral desta lesão é de uma proliferação melanocítica regressiva benigna, pois nenhum outro critério dermatoscópico específico para melanoma pode ser encontrado. Ainda acendemos o sinal amarelo e realizamos uma excisão diagnóstica. No entanto, não contestamos o diagnóstico de nevo de Clark benigno (displásico).

Lesões planas na face

Princípios gerais

- A aparência clínica e as impressões "instintivas" iniciais não devem ser ignoradas ao avaliar lesões marrons planas na cabeça e pescoço.
- Não confunda os óstios foliculares de uma lesão melanocítica com os cistos semelhantes a *milium* de uma ceratose seborreica. Muitas vezes você não será capaz de estabelecer a diferença.
- Não espere ver critérios "clássicos" específicos do local. Se houver um possível critério específico para o melanoma no local, então considere-o como um.
- Muitas lesões de alto risco na área da cabeça e do pescoço não apresentam

características distintivas claras. Procure indícios de alto risco sutis, como tons de cor diferentes assimetricamente localizados na lesão.

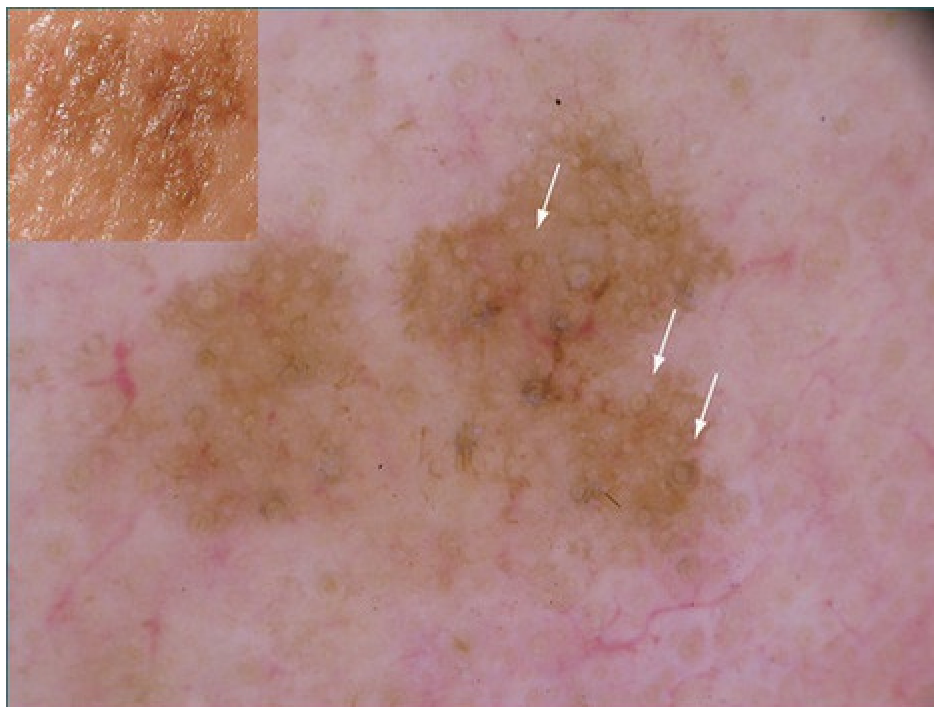


Figura 318 Lentigo maligno no nariz

Há algum critério específico para melanoma, específico para o local, visível aqui? Há algumas aberturas foliculares assimetricamente pigmentadas (setas), nenhuma estrutura anular-granular e nenhuma estrutura romboidal evidente. Há um indício muito sutil de uma pseudorrede cinza. A assimetria de diferentes tonalidades de cor marrom e cinza é outro indício para esse tipo precoce de lentigo maligno. Acendemos apenas o sinal laranja aqui, mas realizamos uma biopsia tangencial, que confirmou o diagnóstico.

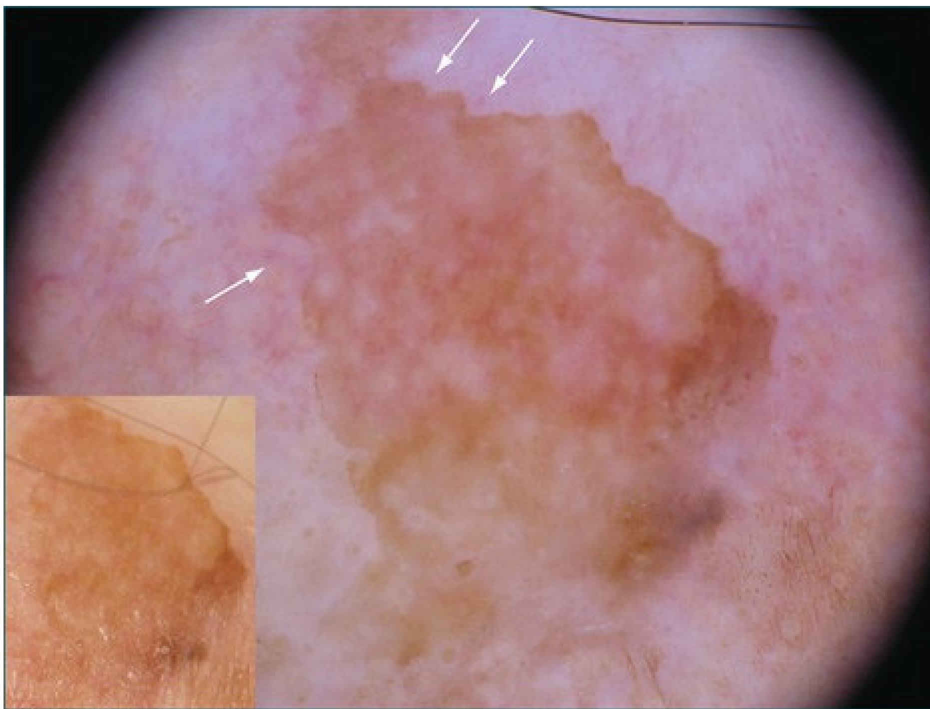


Figura 319 Lentigo solar

Esta é uma lesão melanocítica ou uma lesão não melanocítica? Não há presença de critérios específicos para o local, nem específicos para melanoma. No entanto, há uma ligeira assimetria de diferentes tons de marrom e cinza. A concavidade do aspecto de "roído de traça" da borda (setas) e o chamado sinal da geleia (pigmentação acastanhada que aparece como uma mancha na periferia da lesão) são um indício para o diagnóstico correto de lentigo solar. Em razão da assimetria de forma e cor, acendeu-se o sinal laranja e realizou-se uma biopsia diagnóstica.

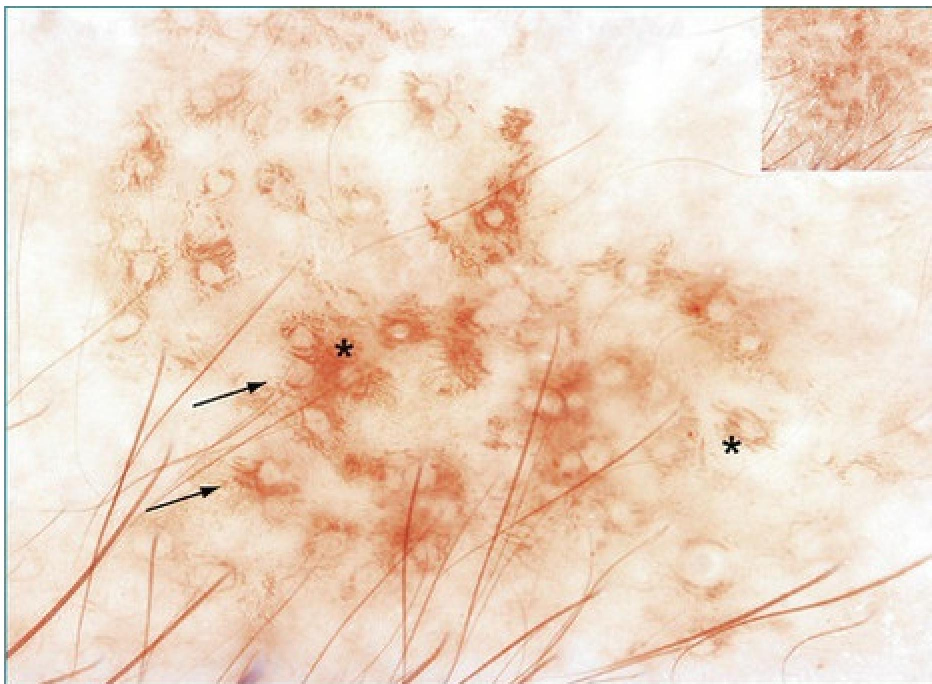


Figura 320 Ceratose seborreica plana

Esta imagem mostra assimetria de cor e estrutura com dois critérios específicos para o melanoma no local — aberturas foliculares pigmentadas assimetricamente (setas) e estruturas anulares-granulares (asteriscos). Neste caso, estes eram critérios falso-positivos de alto risco. Deve-se considerar uma segunda opinião sobre a patologia desta lesão benigna.

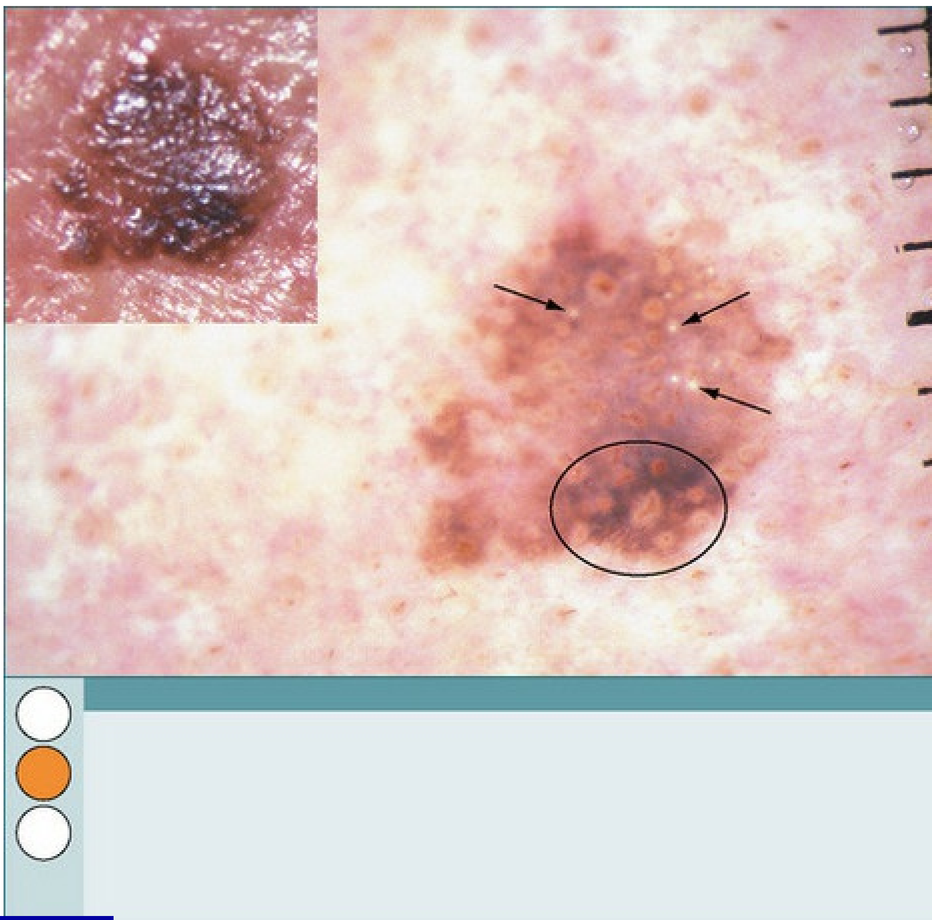


Figura 321 Ceratose seborreica

Embora esta lesão apresente assimetria de cor e estrutura e uma sugestão de estruturas romboidais (círculo), os cistos semelhantes a *milium* estereotípicos, definidos (setas) possibilitam o diagnóstico de uma ceratose seborreica. Lembre-se, no entanto, de que cistos semelhantes a *milium* também podem ser observados em lesões melanocíticas. Em caso de dúvida, corte-os ou *shave*-os.

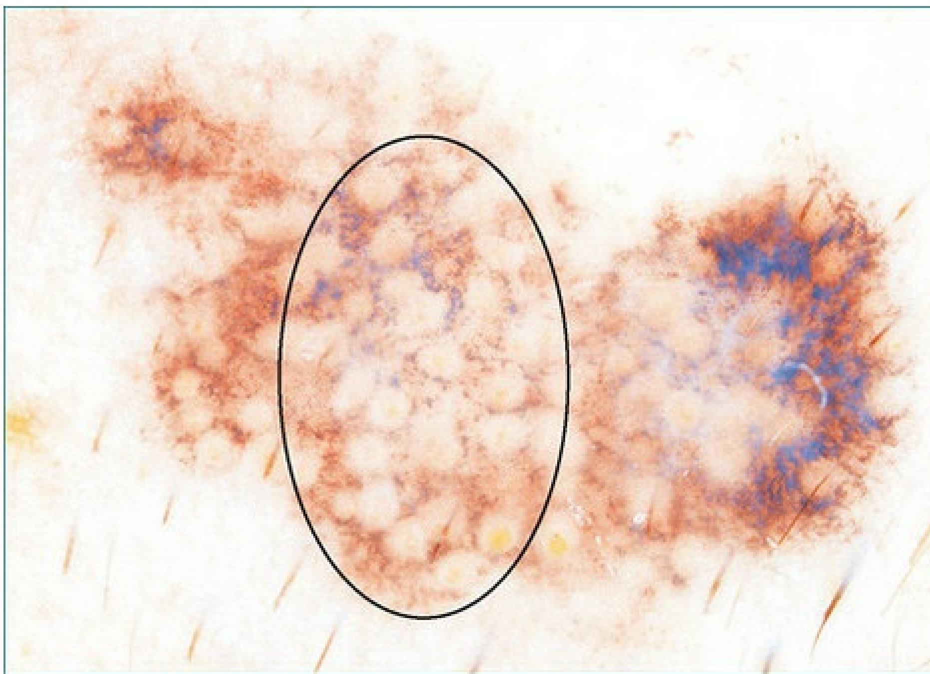


Figura 322 Ceratose liquenoide

É preciso desenvolver um diagnóstico diferencial para todos os critérios dermatoscópicos, e este conhecimento é necessário para lesões difíceis de diagnosticar como esta. Há vários pontos e glóbulos azulados (círculo). Eles são estruturas anulares-granulares compostas de melanófagos. Os melanófagos podem ser observados em lesões melanocíticas, não melanocíticas, benignas ou malignas. A extensão dos melanófagos aponta para uma lesão benigna.

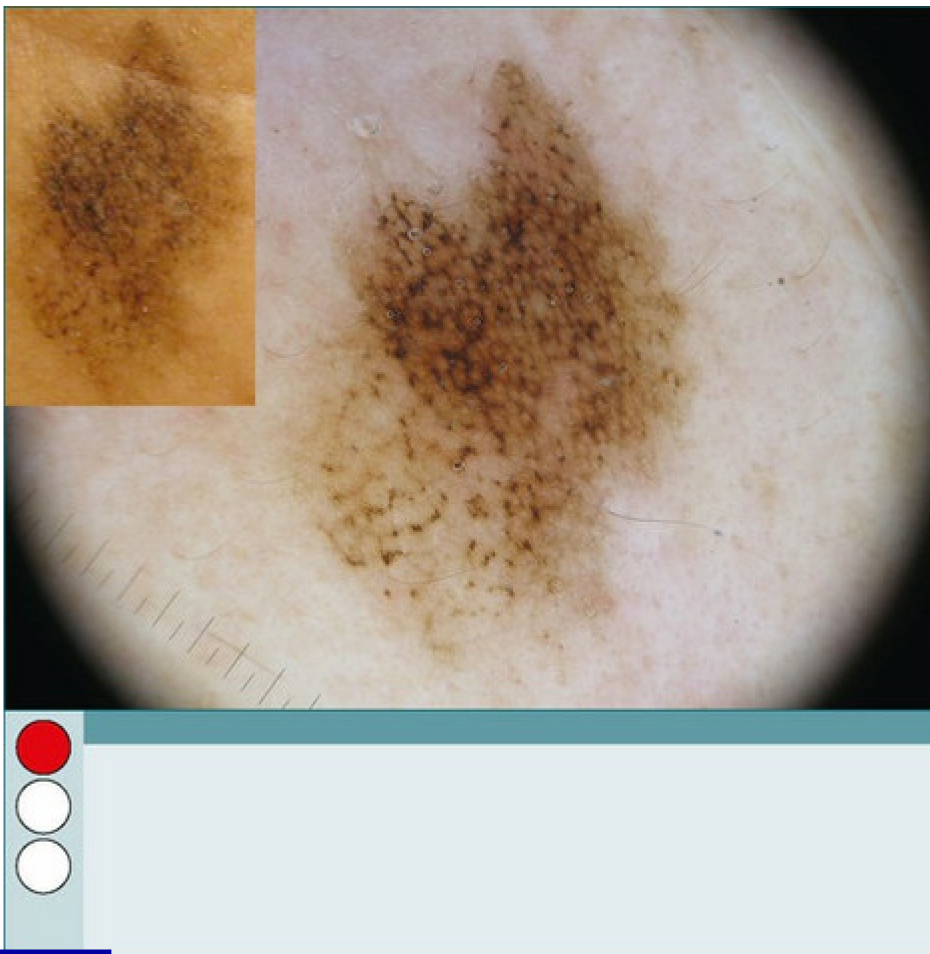


Figura 323 Lentigo maligno

Esta lesão pigmentada plana solitária na parte superior da bochecha mostra inúmeras estruturas chamadas romboidais, particularmente em sua metade superior. Sem dúvida, a assimetria dermoscopicamente proeminente na cor e na estrutura vai levar mesmo o novato ao diagnóstico de lentigo maligno. Acenda o sinal vermelho!

Lesões elevadas na face

Princípios gerais

- O diagnóstico diferencial de elevações pigmentadas e não pigmentadas na face inclui lesões melanocíticas, não melanocíticas, benignas e malignas. Muito frequentemente, a aparência clínica é inespecífica, e a dermatoscopia vai ajudar a fazer um diagnóstico clínico.
- As elevações frequentemente têm sulcos e fissuras. Não confunda pigmentação nas fissuras com uma rede pigmentar atípica.
- Um componente macular em uma lesão sólida protusa deve elevar o índice de suspeita de que a lesão pode ser de alto risco.
- Um nódulo compressível mole que pode ser facilmente deslocado de um lado para

o outro favorece a patologia de baixo risco. Não hesite em palpar ou apertar as lesões e movê-las para o lado com o próprio dermatoscópio.

- O principal diagnóstico diferencial de lesões tumorais na face são nevos e carcinomas basocelulares. O melanoma nodular raramente é encontrado nesta área. Não se esqueça de carcinomas espinocelulares, incluindo ceratoacantomas.

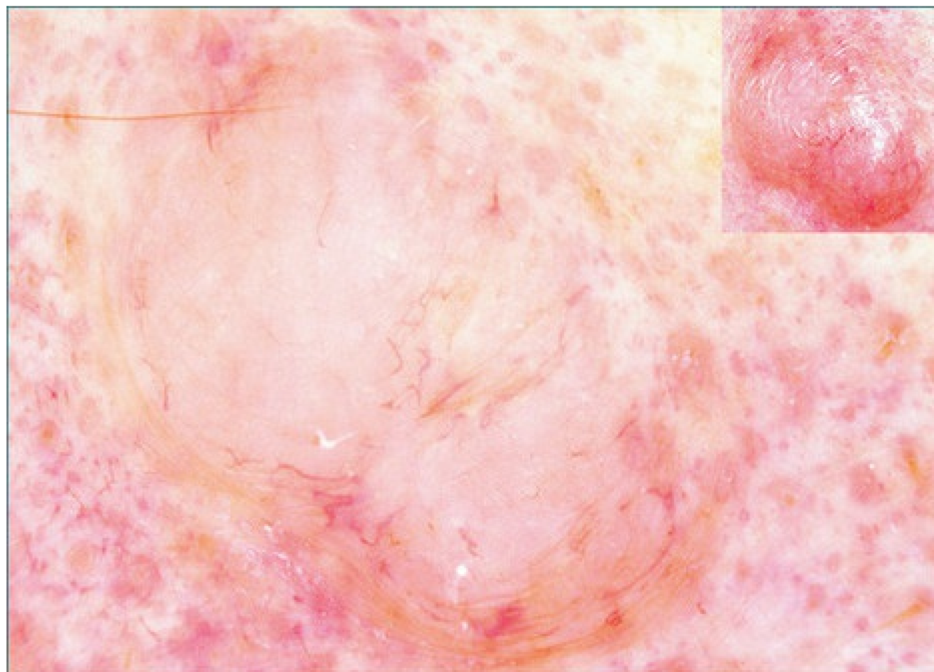


Figura 324 Carcinoma basocelular

Uma rede pigmentar, pontos, glóbulos e estrias não são observados, por isso considere esta uma lesão não melanocítica. Alguns nevos podem ter esta imagem dermatoscópica, mas, em geral, são moles e podem ser facilmente deslocados de um lado para outro. Clinicamente, isso parece um carcinoma basocelular. Há alguns vasos maiores, mas eles não são os esterotípicos arboriformes. Raramente um melanoma amelanótico se parece com esta lesão.



Figura 325 Nevo dérmico

Cor rosa – cuidado. Lesão mole e móvel – relaxe. Embora existam vasos arboriformes definidos (seta), a história e o nódulo mole apontam para patologia benigna. Em caso de dúvida, excise-a. Obs.: pelos praticamente nunca são observados em um carcinoma basocelular.

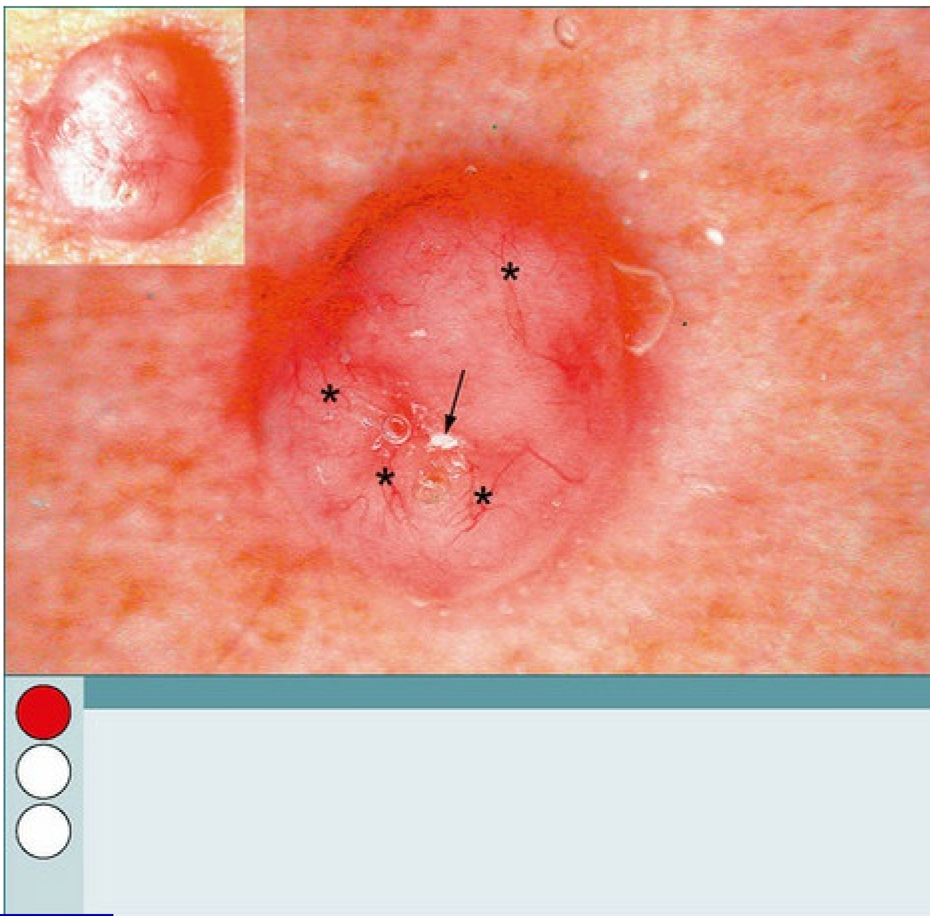


Figura 326 Carcinoma basocelular

Que critérios são observados aqui? Um cisto semelhante a *milium* (seta) ou uma escama? Há também vasos arboriformes (asteriscos) e uma borda assimétrica de pigmentação. Esses critérios estão confusos, por isso, é melhor descobrir o que a lesão é mais específicamente.



Figura 327 Nevo dérmico

Esta lesão apresenta glóbulos (círculo) e vasos arboriformes (setas) – critérios para uma lesão melanocítica e um carcinoma basocelular. Qual é a história? Se o paciente for um jovem adulto, um nevo é mais provável, mas se esta lesão ocorrer em um adulto, considere seriamente o carcinoma basocelular. Pelos nunca são observados em um carcinoma basocelular.

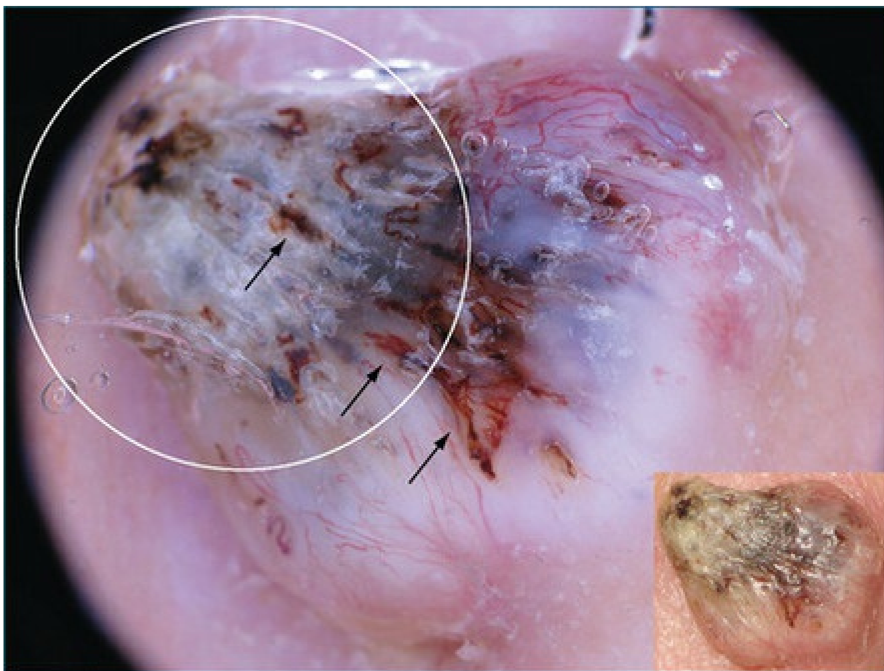


Figura 328 Ceratoacantoma

Esta lesão nodular revela claramente uma área ceratótica (círculo) e inúmeras estrias vermelho-escuras a pretas (setas) simplesmente representando hemorragia. Os vasos claramente visíveis não apresentam nem a arquitetura arboriforme característica de carcinomas basocelulares nodulares, nem os vasos lineares pontilhados ou irregulares encontrados em melanomas. A coloração esbranquiçada difusa ao redor dos vasos favorece a proliferação ceratinocítica, e por causa da assimetria geral, recomendamos acender o sinal vermelho aqui. O diagnóstico histopatológico foi ceratoacantoma, um tipo distinto de lesão ceratinocítica que é interpretado atualmente pela maioria (mas não por todos) dos patologistas como uma variante específica de carcinoma espinocelular.



Figura 329 Ceratoacantoma

Esta lesão parece preocupante, apesar de sua relativa simetria de cor e estrutura. Há um tampão ceratótico central proeminente e pode-se observar uma coloração tanto rosada quanto esbranquiçada. Os vasos não são patognomônicos e, juntamente ao tampão ceratótico, descartam um melanoma nodular e um carcinoma de células basais nodular com alto nível de confiança. Acenda o sinal vermelho e retire esta lesão sob o diagnóstico provável de ceratoacantoma ou carcinoma espinocelular. A maioria dos patologistas designará a lesão de carcinoma espinocelular, do tipo ceratoacantoma.

Lesões acrais (volares)

Princípios gerais

- Assimetria de cor e estrutura — descarte melanoma
- Padrão de cristas paralelas = melanoma.
- Padrão de sulcos paralelos = nevo.
- Padrões em treliça e fibrilar = nevos benignos.
- Cor roxa e variações da cor vermelha = sangue.
- Sangue pode ser encontrado no aparelho ungueal e em melanomas lentiginosos acrais; portanto, se sangue for observado, procure sempre critérios específicos

para melanoma.



Figura 330 Nevo

Crista paralela? Sulco paralelo? A cor marrom mais escura linear é a pigmentação nos sulcos (setas pretas). Pontos brancos, o “colar de pérolas” (setas brancas), estão sempre nas cristas. Há também uma estrutura azul-esbranquiçada no centro da lesão. Peque por excesso e faça uma biopsia, e o dermoscopista vai se sentir mais confiante na próxima vez que visualizar um nevo parecido com este.

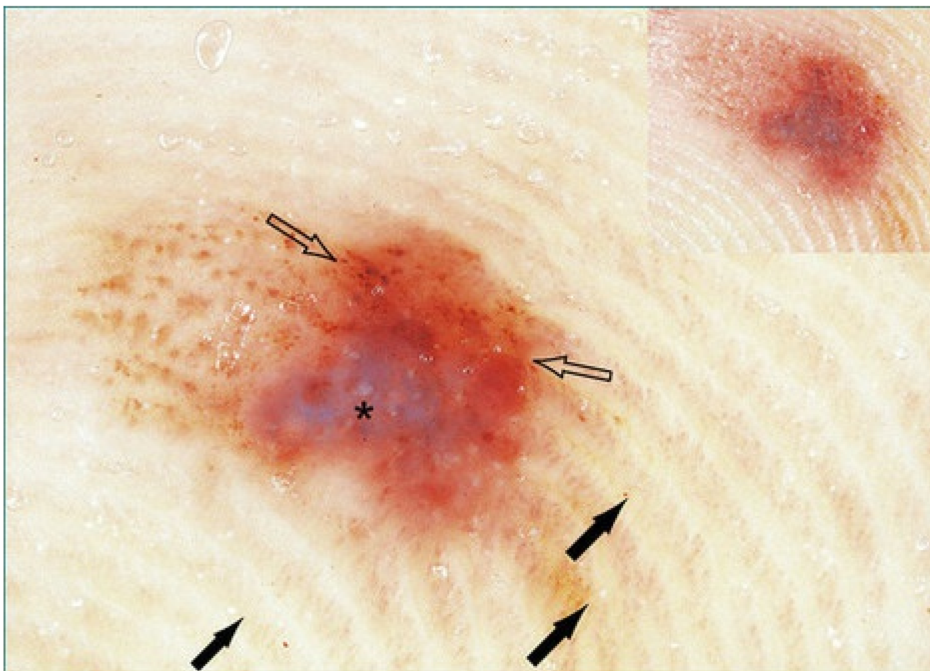


Figura 331 Melanoma

Esta lesão mostra o padrão de cristas paralelas (setas sólidas). Há também assimetria de cor e estrutura, pontos e glóbulos atípicos (setas abertas) e uma estrutura azul-esbranquiçada (asterisco). Este é um melanoma até prova em contrário.

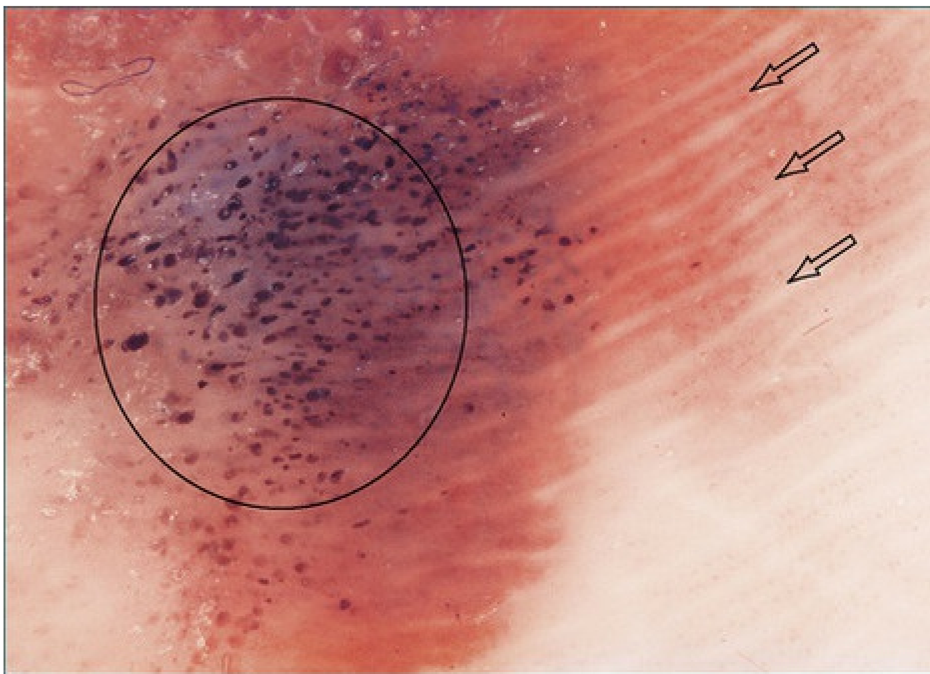




Figura 332 Melanoma

Crista paralela? Sulco paralelo? Os pontos brancos em colar de pérolas dos poros do ducto sudoríparo não podem ser observados claramente, mas este é o padrão de crista paralela de alto risco (setas). Se o dermoscopista não tiver certeza do que fazer, os pontos e glóbulos irregulares (círculo) são preocupantes o suficiente para justificar uma biopsia.



Figura 333 Melanoma

Crista paralela? Sulco paralelo? Isto se parece com o padrão de sulcos paralelos de um nevo benigno? Por causa da superfície escamosa, é difícil determinar a localização exata das faixas pigmentadas paralelas. Um exame mais detalhado, contudo, revela que as faixas pigmentadas paralelas (setas) são separadas apenas por linhas finas esbranquiçadas. A cor acastanhada não favorece hemorragia ou lesão vascular. Apesar da aparência geral muito sutil desta lesão, temos que acender o sinal vermelho. A histopatologia confirmou um melanoma *in situ*.

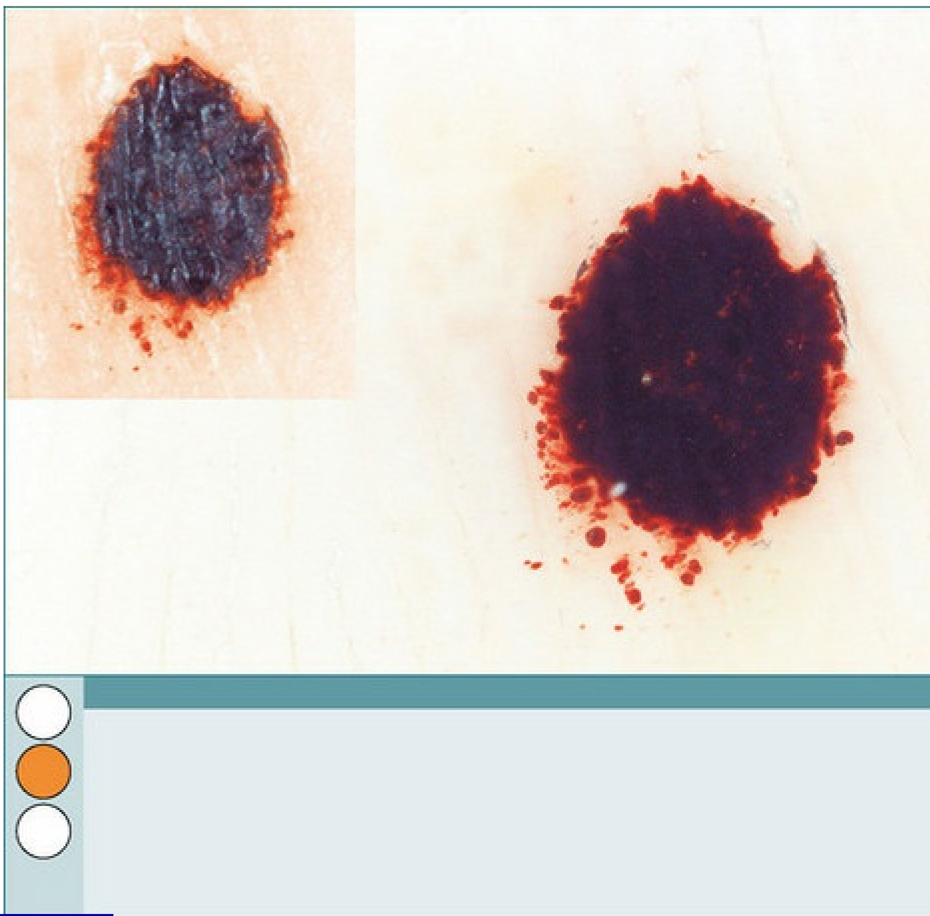


Figura 334 Hemorragia subcórnea

Aqui a cor é preta ou roxa? É arroxeada e amorfa (sem estrutura); portanto, é sangue. Pegue uma agulha e fure algumas. O agulhamento é um teste simples para confirmar que se trata de sangue. Outro indício de que isto é sangue são os pontos arroxeados adjacentes à lesão.



Figura 335 Hemorragia subcórnea

Esta é a cor do sangue, mas com um padrão distinto. Crista paralela? Sulco paralelo? Verifique a pele circundante. As cristas são mais espessas do que os sulcos. Há sangue em ambos. As cristas são as linhas mais escuras. Se não convencido, fure com agulha parte do sangue seco. Leve em consideração que, geralmente, seus pacientes não se recordam de traumatismos. Caso contrário, não buscariam seu conselho.

Lesões ungueais pigmentadas

Princípios gerais

- A dermatoscopia torna o aparelho ungueal mais claro.
- O melanoma de aparelho ungueal (MAU) é responsável por 1% a 2% dos melanomas na população de pele mais clara e por 15% a 20% dos melanomas em pessoas de pele mais escura.
- Existe MAU amelanótico, portanto, cuidado com a cor rosa.
- Critérios de alto risco dermatoscópico sugestivos de MAU incluem assimetria de cor e estrutura, faixas irregulares pigmentadas, manchas irregulares, pontos e glóbulos irregulares e sinal de Hutchinson.

- O sangue pode ser encontrado no MAU, portanto, procure critérios de alto risco se encontrar sangue na unha.
- A chance de encontrar doença de alto risco na população pediátrica é baixa; portanto, uma história preocupante pode ser mais importante do que uma aparência dermatoscópica de alto risco.

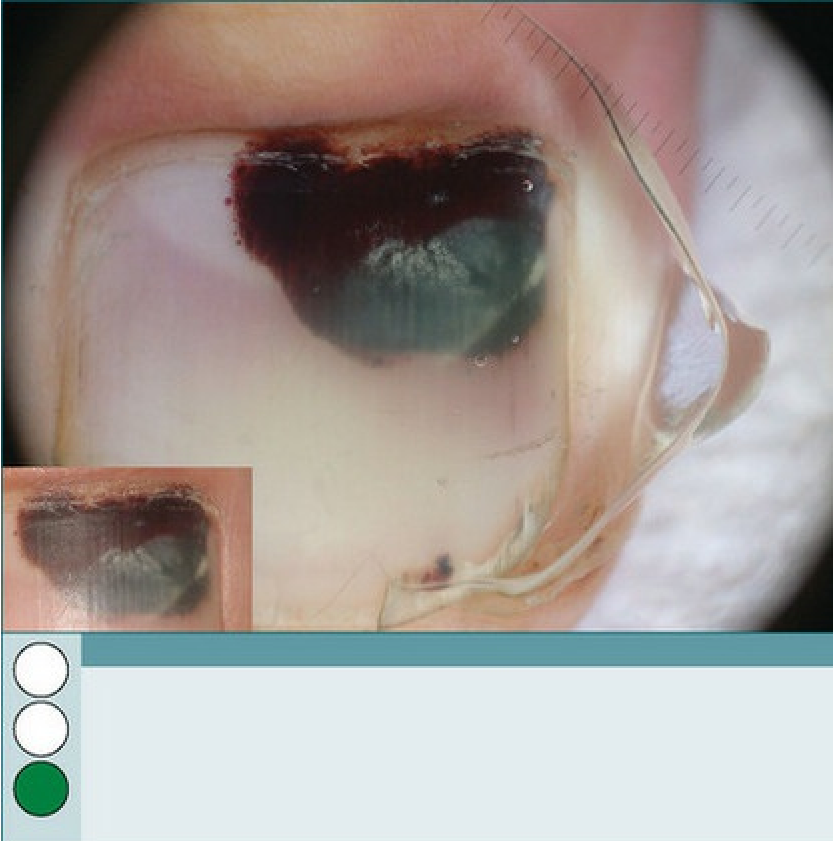


Figura 336 Hemorragia

Este é um exemplo estereotípico de uma hemorragia subungueal caracterizada por mancha difusa vermelho-escura a preta que revela a cor de sangue seco. Além disso, há uma mancha pequena na extremidade distal da lâmina ungueal. Mesmo que este paciente não consiga se recordar de alguma forma de traumatismo da unha, nós confiantemente acendemos o sinal verde aqui.

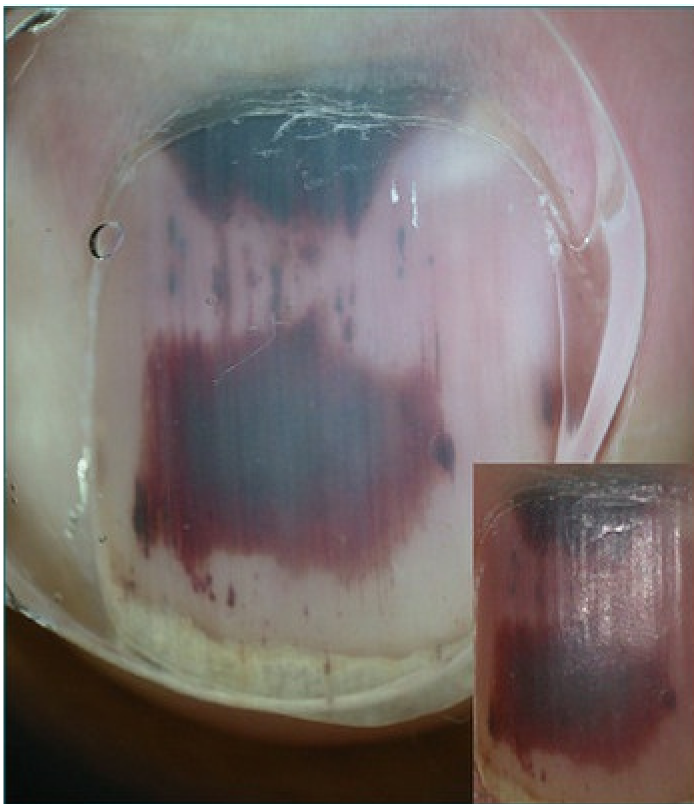
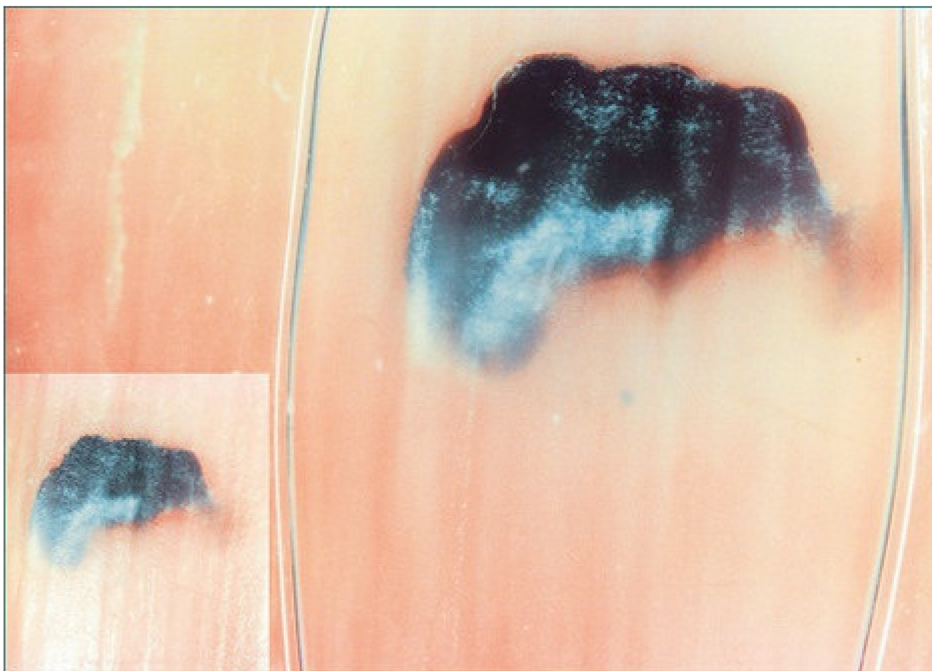




Figura 337 Hemorragia

Esta imagem mostra outra variação da morfologia observada com sangue. A cor roxa é importante. É bem demarcada e relativamente sem estrutura. A hemorragia pode apresentar-se como manchas difusas, pontos e glóbulos e estrias. Também aqui acendemos o sinal verde e podemos garantir ao paciente que este não é um melanoma subungueal.



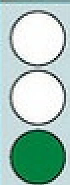


Figura 338 Hemorragia

O sangue escuro seco nesta unha é bem demarcado, sem características distintas e no meio da lâmina ungueal. Está crescendo para fora. Acompanhe os pacientes cuidadosamente para evitar negligenciar MAU mascarado como sangue.

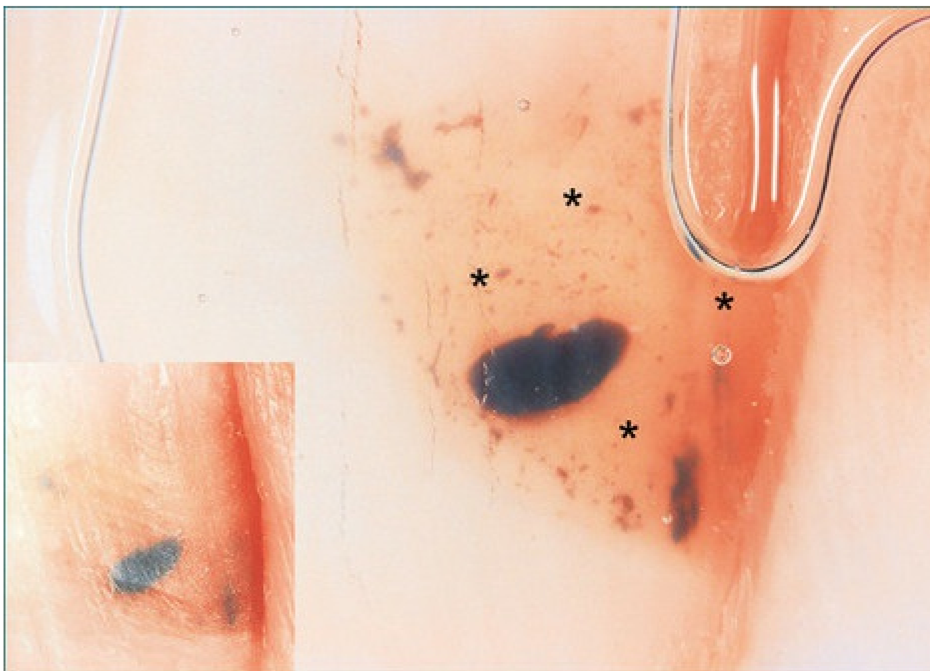


Figura 339 Hemorragia

Há muitas faces da hemorragia do aparelho ungueal. Sempre procure critérios de alto risco antes do diagnóstico de hemorragia pura. Aqui as manchas avermelhadas de sangue estão em uma área gelatinosa de decomposição do sangue (asteriscos).

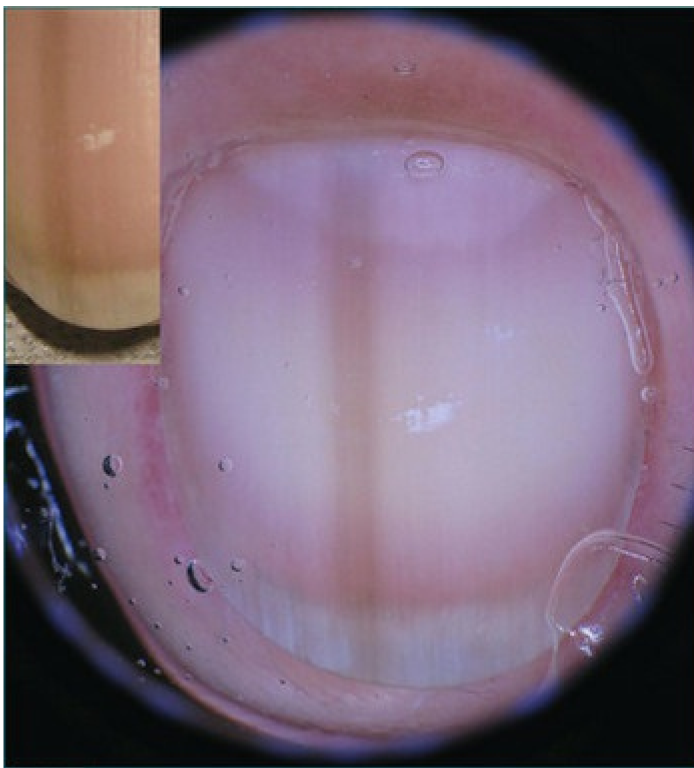


Figura 340 Nevo

A história desta lesão, idade e etnia do paciente devem ser consideradas juntamente à imagem dermatoscópica antes de decidir sobre o tratamento da pigmentação do aparelho ungueal. Neste caso, há uma cor uniforme e linearidade uniforme das faixas – uma característica benigna na maioria dos casos. Como regra, recomendamos acompanhamento anual em pessoas com pigmentação linear das unhas.

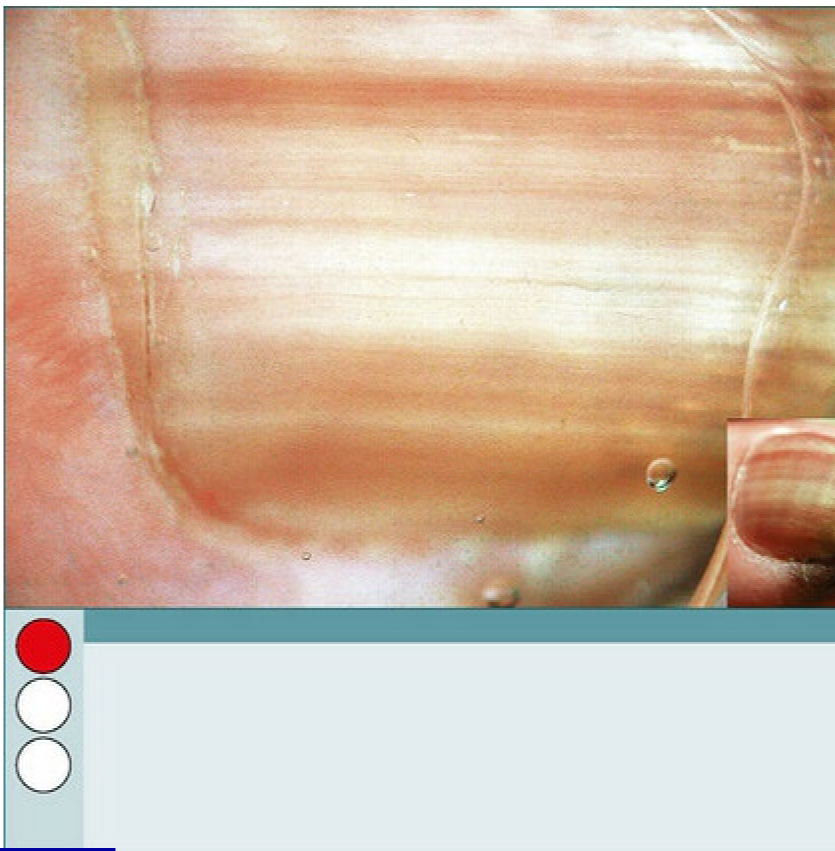


Figura 341 Melanoma

Em um paciente jovem, esta faixa irregularmente pigmentada não tem sido correlacionada com doença de alto risco. Em um adulto, uma faixa solitária pigmentada com diferentes tons de marrom e diferentes larguras das linhas é de alto risco e requer um diagnóstico histopatológico. Este é um exemplo estereotípico de imagem dermatoscópica de alto risco do aparelho ungueal. É necessário concentrar a atenção para encontrar essas mudanças significativas. Observe a pigmentação na pele – um sinal de Hutchinson positivo.

Lesões nas mucosas

Princípios gerais

- A maioria das lesões pigmentadas nas superfícies mucosas é de baixo risco.
- Determinar se a lesão é preta, marrom, azul ou vermelha.
- Cor vermelho-azulada – não melanocítica.
- Cor marrom-preta – melanocítica.
- Se uma lesão cutânea pigmentada parece preocupante clinicamente, mostra assimetria de cor e estrutura e tem critérios específicos para melanoma, não importa onde ela está localizada no corpo. Esses critérios são de alto risco e justifica-se um diagnóstico histopatológico.

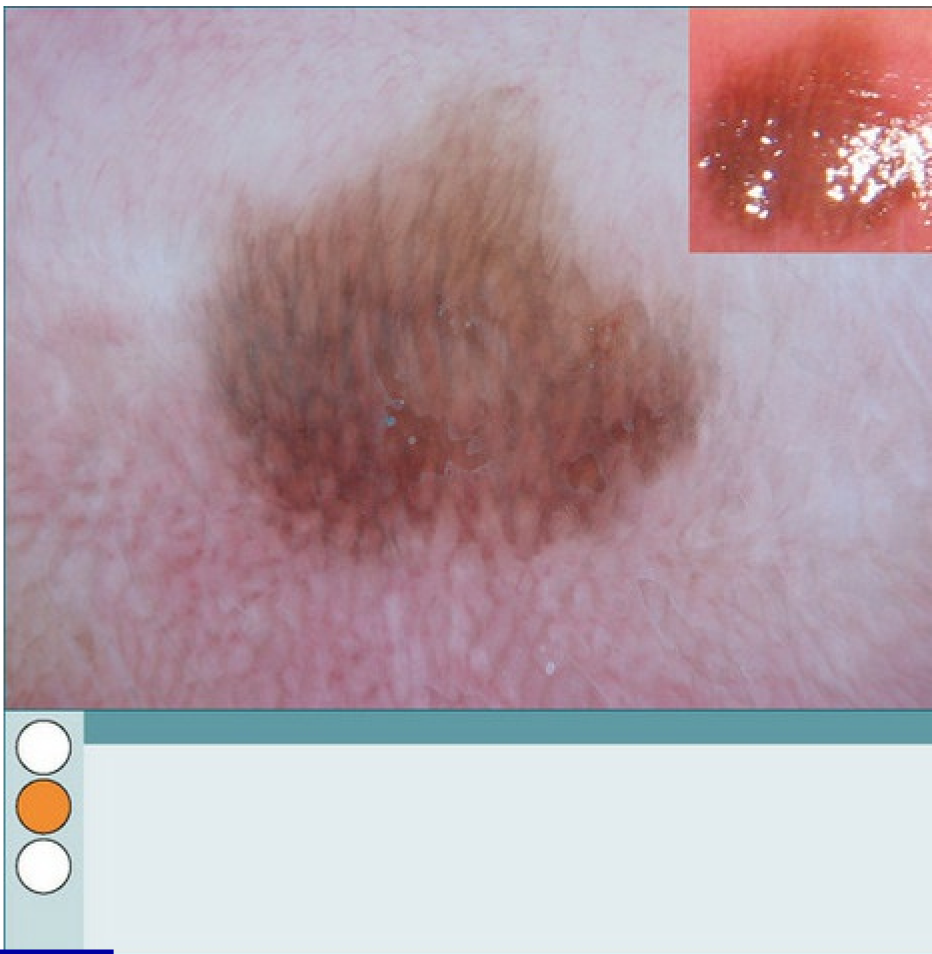


Figura 342 Lentigo labial

Esta lesão pigmentada no lábio inferior é caracterizada por linhas curvilíneas pigmentadas na metade superior e por um padrão reticular na metade inferior. Há dois tons de marrom. Cuidadosamente, acendemos o sinal laranja e recomendamos uma biopsia tangencial diagnóstica ou um acompanhamento de curto prazo para reassegurar a falta de grandes mudanças. A histopatologia, em seguida, confirmou o diagnóstico de lentigo labial benigno.

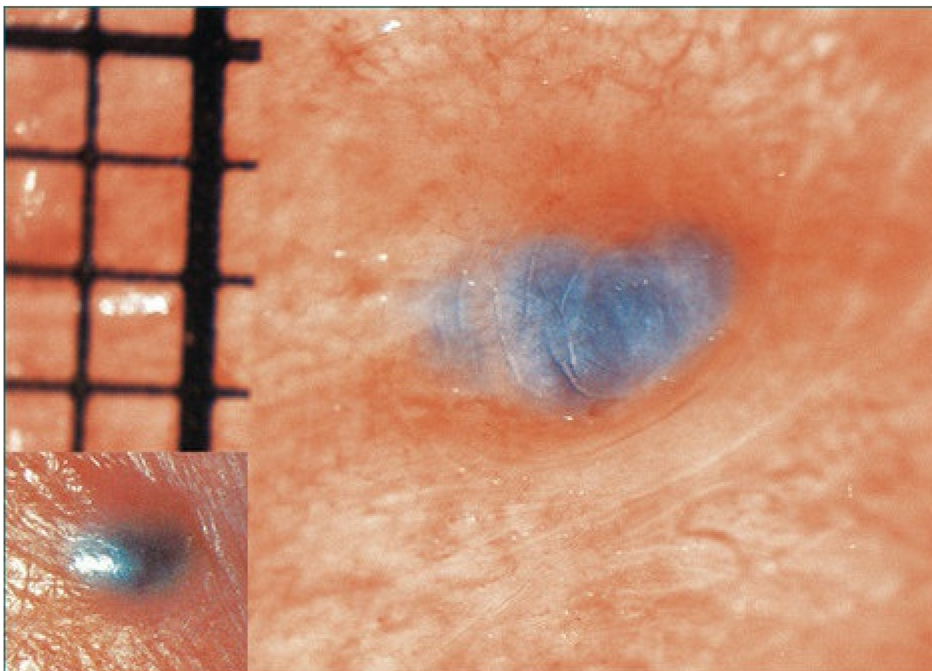




Figura 343 Lago venoso

Este é um lago venoso estereotípico com cor azul-escura homogênea. O paciente pode ser tranquilizado de que esta lesão é benigna, uma vez que é comprimida para baixo com facilidade e a cor desaparece.



Figura 344 Lentigo labial

Esta lesão pigmentada estava presente na parte inferior do introito vaginal de uma paciente de 46 anos de idade. Ela não sabia dizer há quanto tempo a lesão estava lá, e apesar do tamanho pequeno, esta apresenta um quadro dermatoscópico bastante preocupante com vários tons de coloração azulada. Acendemos aqui o sinal vermelho e extirpamos a lesão. Histopatologicamente, foi feito diagnóstico de lentigo labial sem aumento do número de melanócitos.



Figura 345 Lentigos labiais

Esta mulher de 68 anos de idade apresentou várias máculas e placas mal circunscritas acastanhadas a pretas ao redor do introito vaginal e estava preocupada com uma tendência de crescimento. Dermoscopicamente, observa-se assimetria proeminente de forma e cor e, também, uma tonalidade acinzentada torna-se evidente. Não há dúvida de que o novato acende o sinal vermelho aqui; no entanto, recomendamos biopsias por *punch* de duas ou três áreas para obter um diagnóstico pré-cirúrgico. O exame histopatológico revelou características de uma lentiginose labial benigna, com ligeiro aumento dos melanócitos. Sugerimos acompanhamento regular desses pacientes em uma clínica especializada para lesões cutâneas pigmentadas.

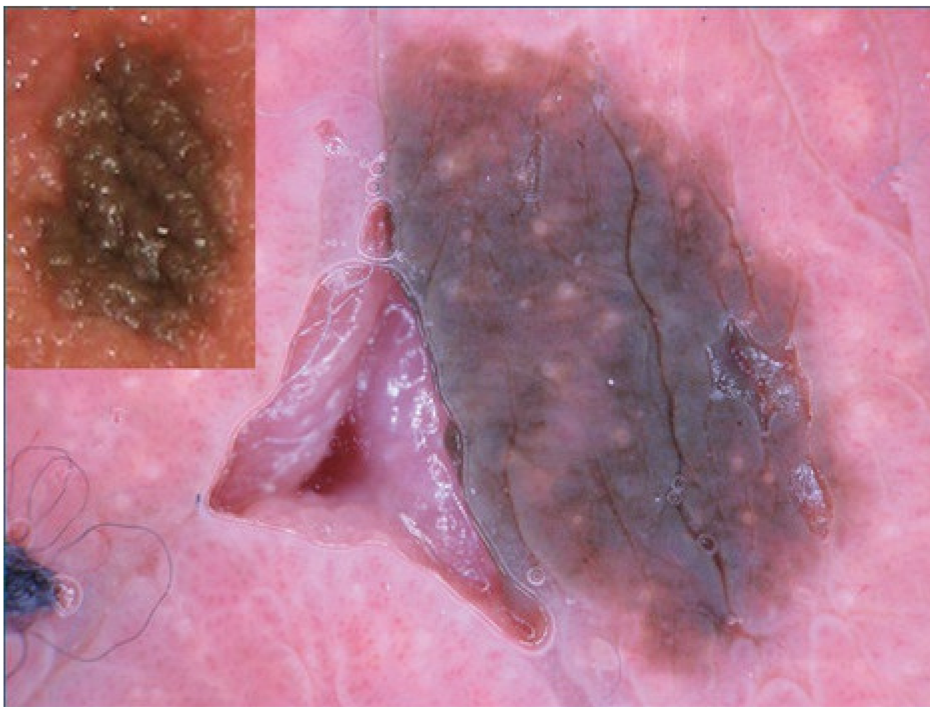


Figura 346 Nevo genital

Esta menina de 15 anos apresentou uma lesão escuramente pigmentada, relativamente grande em sua vulva, com curso clínico estável. A dermatoscopia mostra uma coloração marrom-acinzentada homogênea, com poucos pontos branco-amarelados misturados. Estes últimos podem ser observados também na pele normal circundante e representam glândulas sebáceas. Por causa da história inocente e do padrão homogêneo proeminente, recomendamos acompanhamento anual.

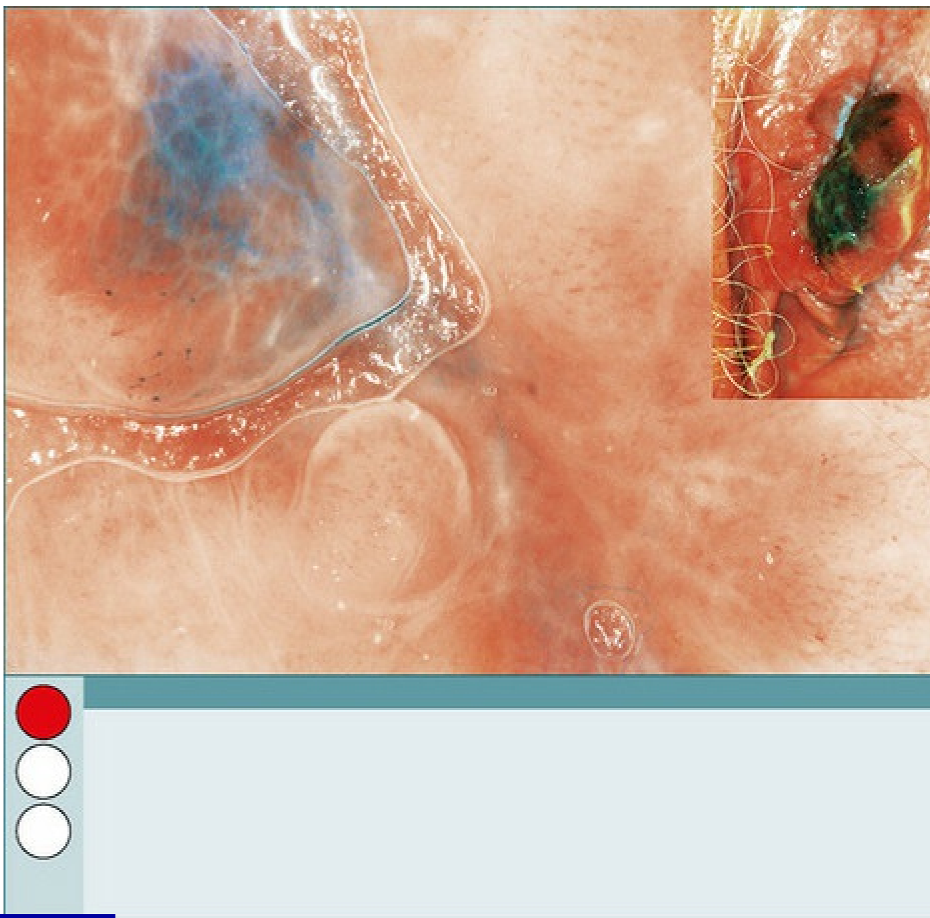


Figura 347 Melanoma

Este é um melanoma de vulva. Nenhum outro diagnóstico deve vir à mente ao se observar este quadro clínico e dermatoscópico. Esta lesão assimétrica grande mostra estruturas azul-esbranquiçadas e pontos e glóbulos irregulares.

Valor do diagnóstico diferencial dos vasos sanguíneos

Princípios gerais

- Os vasos sanguíneos podem ser vistos em lesões melanocíticas, não melanocíticas, benignas e malignas.
- Os vasos podem ser observados com outros critérios ou podem ser o único critério encontrado em uma lesão.
- Alguns vasos estão associados à patologia de alto risco, e outros à patologia de baixo risco.
- Lesões rosadas com vasos podem ser melanocíticas, não melanocíticas, benignas ou malignas. A forma dos vasos pode fornecer um indício do diagnóstico correto.

Lesões melanocíticas

- Nevos dérmicos – vasos em forma de vírgula.
- Nevos de Clark (displásicos) – vasos pontilhados e em forma vírgula.
- Melanoma – pontos e vasos irregulares ou áreas vermelho-leitosas.

Lesões não melanocíticas

- Carcinoma basocelular – vasos de ramificação espessa (arboriformes).
- Ceratose seborreica – vasos em grampo de cabelos.
- Doença de Bowen – focos pequenos de vasos pontilhados que parecem glomérulos renais.

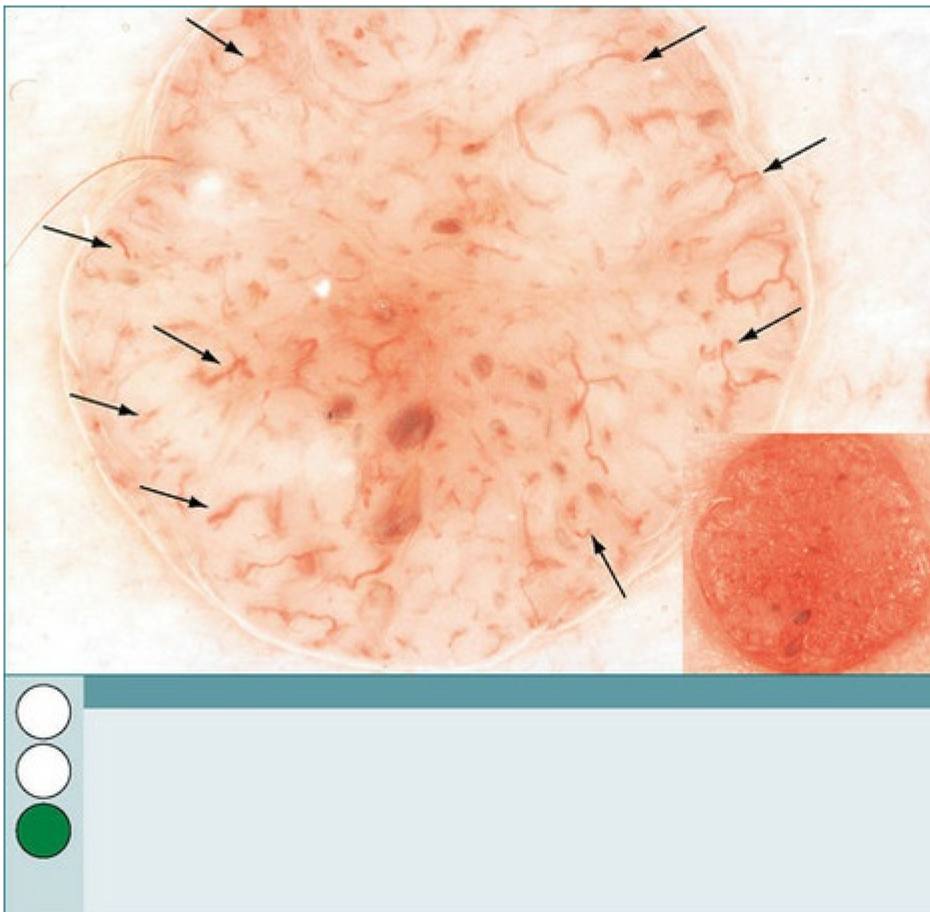


Figura 348 Nevo dérmico

O diagnóstico correto para este nevo dérmico sem pigmentação é sugerido pela forma dos vasos. Eles têm a forma de vírgula (setas). Algumas aberturas semelhantes a comedões, cistos semelhantes a *milium* e um folículo piloso também estão presentes. Não confunda estes vasos com aqueles de ramificação maior observados no carcinoma basocelular.

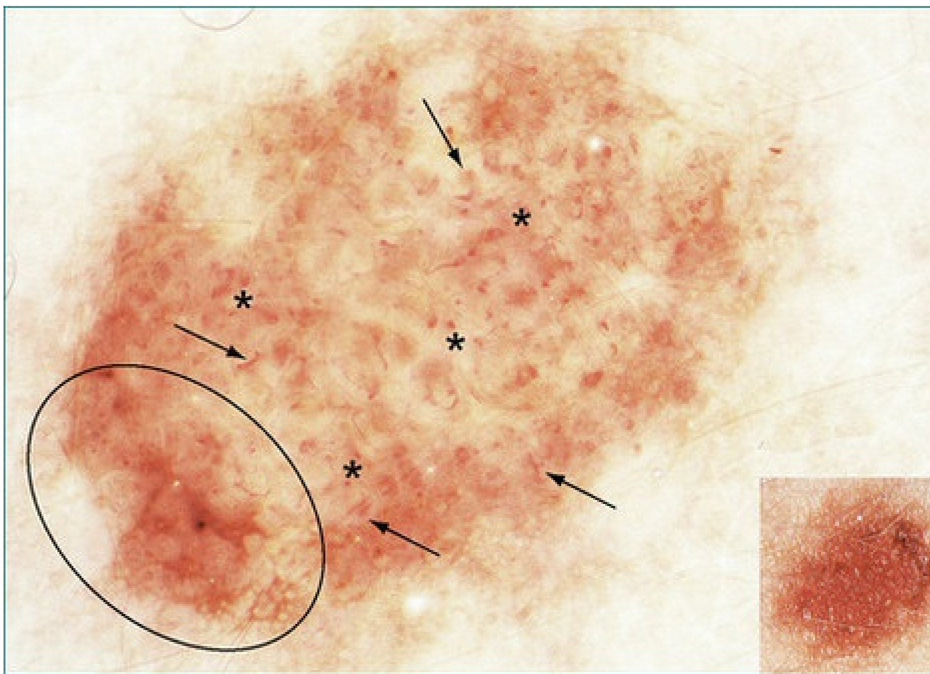


Figura 349 Nevo de Clark (displásico)

Esta lesão mostra remanescentes muito sutis de uma rede pigmentar e alguns pontos e glóbulos (círculo); portanto, é uma lesão melanocítica. Há uma combinação de vasos em formato de vírgula (setas) e pontilhados (asteriscos).





Figura 350 Nevo de Spitz

Esta lesão rosada não tem pigmentação. Lembre-se – cuidado com a cor rosa, então ela pode ser de alto risco. É um exemplo estereotípico de nevo de Spitz pigmentado com inúmeros vasos pontilhados distribuídos uniformemente pela lesão. A cor desta lesão é extremamente rosada, também conhecida como vermelho-leitosa, e assemelha-se à cor de um *milk-shake* de morango. A cor vermelho-leitosa e vasos pontilhados são um padrão de alto risco que pode ser observado em nevos de Spitz não pigmentados e melanomas. Nem sempre é possível diferenciar os nevos de Spitz do melanoma, mas isso não importa. Indica-se biopsia (sinal vermelho!) para descartar melanoma amelanótico.

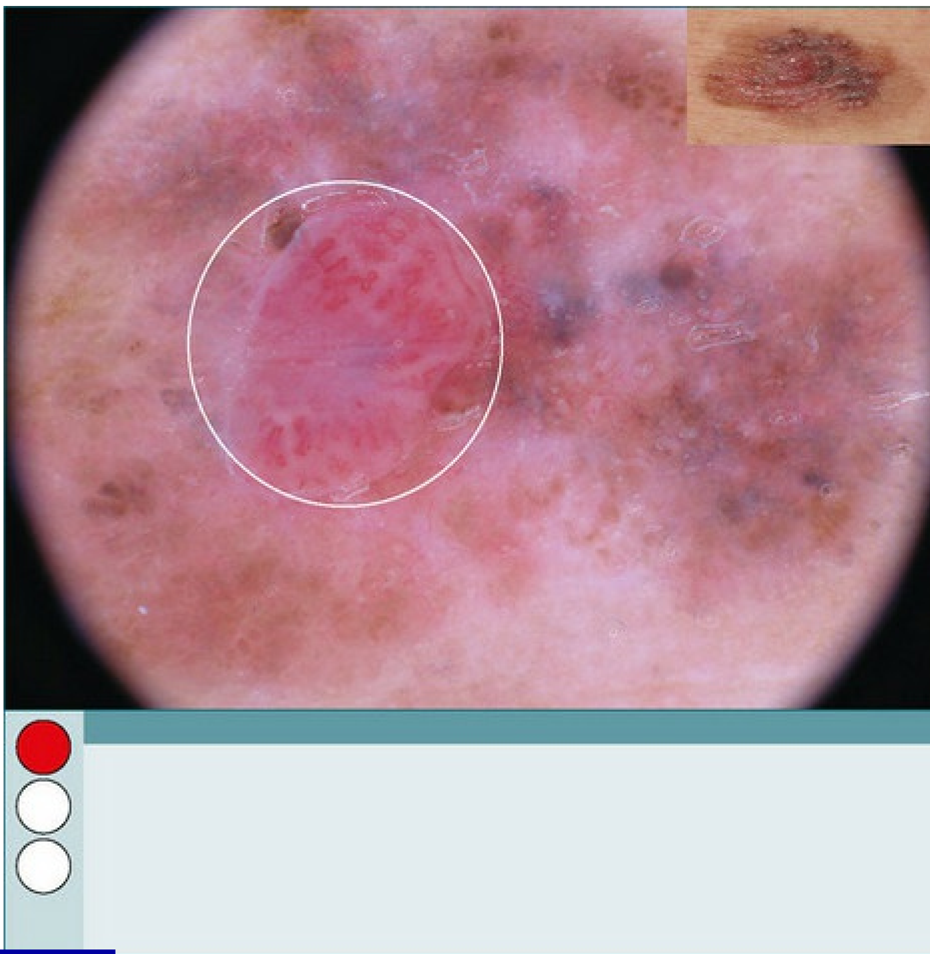


Figura 351 Melanoma

Esta lesão exibe notável assimetria de cores marrom-cinza-azul e branca e uma zona paracentral (círculo), caracterizada por vasos lineares irregulares densamente concentrados e variações sobre o tema de vasos em grampo de cabelo, que sustentam o diagnóstico de melanoma. A irregularidade geral e o padrão vascular visível aqui não são compatíveis com o diagnóstico de ceratose seborreica ou carcinoma basocelular.

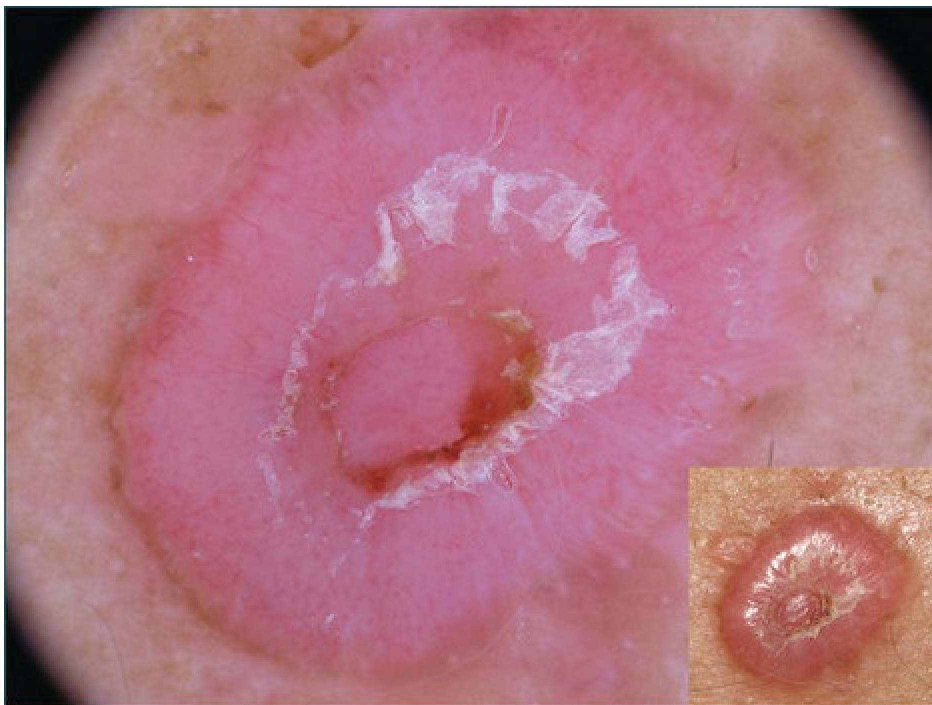


Figura 352 Melanoma

Este é um melanoma amelanótico dramaticamente "sem características distintivas" e com um anel cinza-amarronzado periférico delicado. Este anel, bem como a descamação paracentral não têm nenhum significado diagnóstico. Globalmente, a lesão é elevada e mostra uma cor vermelho-leitosa com vasos lineares irregulares finos. Cor vermelho-leitosa – cuidado!

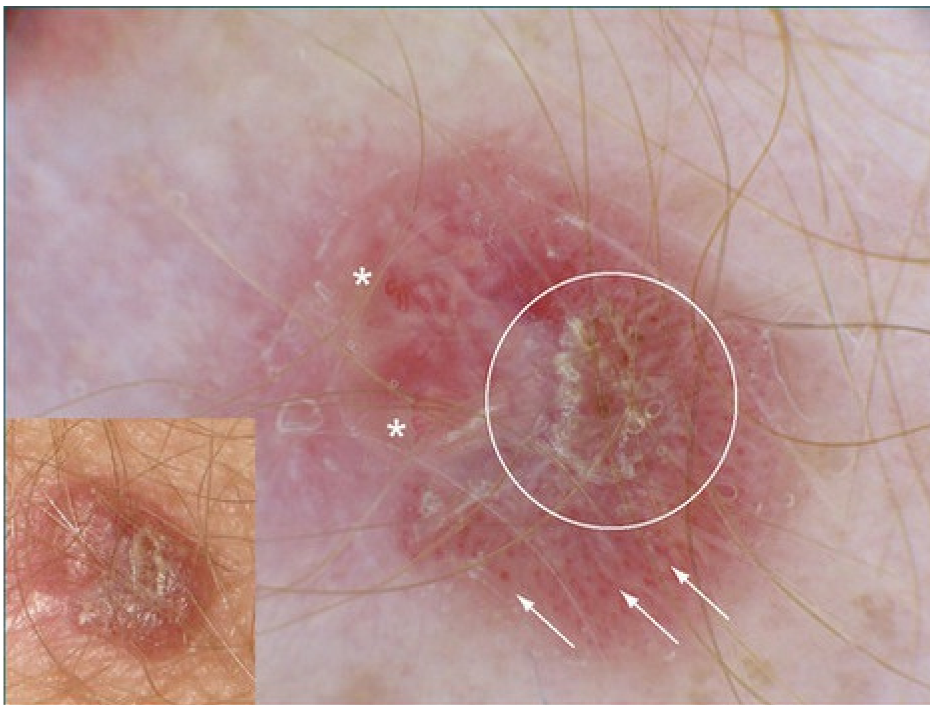


Figura 353 Melanoma

A área ceratótica (círculo) não torna esta lesão uma ceratose seborreica, nem descarta um melanoma. Vasos pontilhados (setas) e lineares irregulares (asteriscos) geralmente não são observados dentro de uma ceratose seborreica. Vasos pontilhados e vasos lineares-irregulares são a combinação mais comum do padrão vascular no melanoma, e um sinal vermelho deve ser sempre acionado.

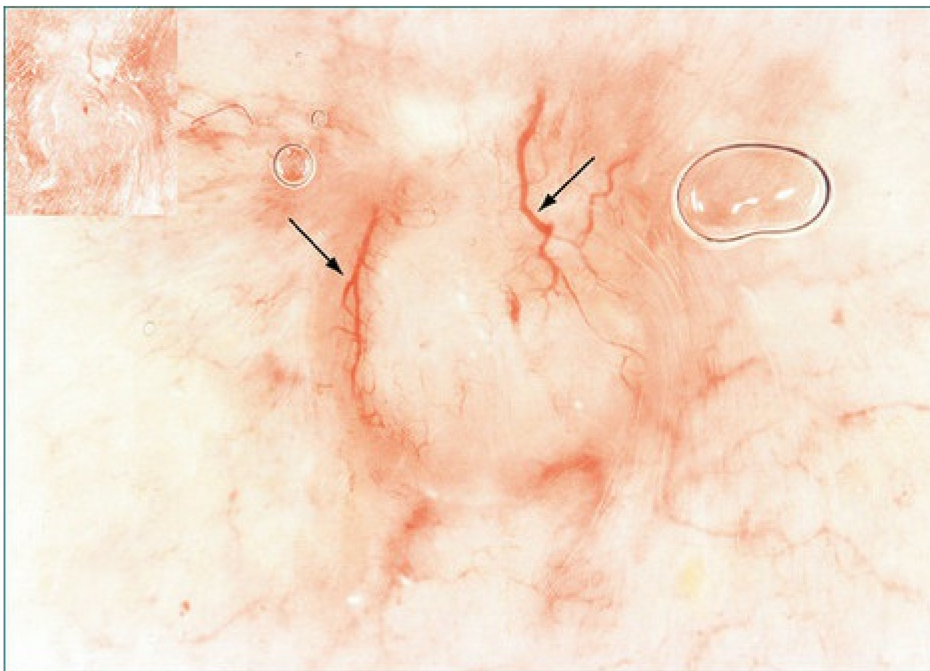


Figura 354 Carcinoma basocelular

Este é um carcinoma basocelular não pigmentado comumente observado. Os vasos sanguíneos, que são espessos e ramificados (setas), apontam para o diagnóstico correto. Os vasos são superficiais e estão, portanto, em foco. Se os vasos fossem mais profundos na lesão, eles estariam turvos e fora de foco. Se assim for, pense em melanoma amelanótico.

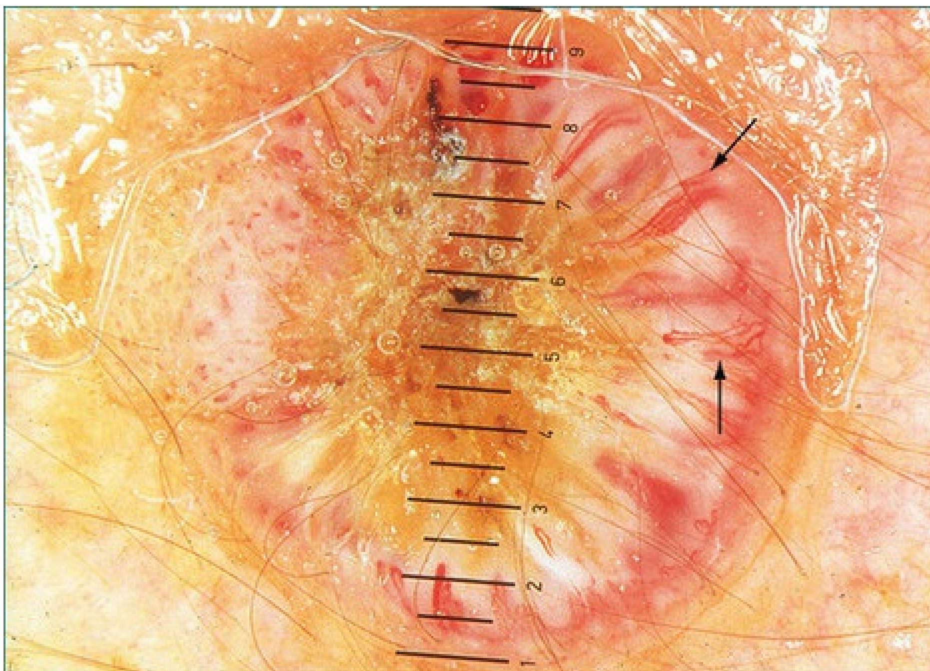


Figura 355 Ceratoacantoma

Se puder haver um, então este é um ceratoacantoma clássico com vasos em forma de grampo de cabelo (setas) e um fundo branco. A cor branca não é sempre de cicatriz observada com regressão, mas, neste caso, representa hiperceratose observada em tumores ceratinizados. A cor branca pode ser observada em lesões melanocíticas, não melanocíticas, benignas e malignas. A crosta central em conjunto com a história e o aspecto clínico ajudam na determinação do tratamento desta lesão.

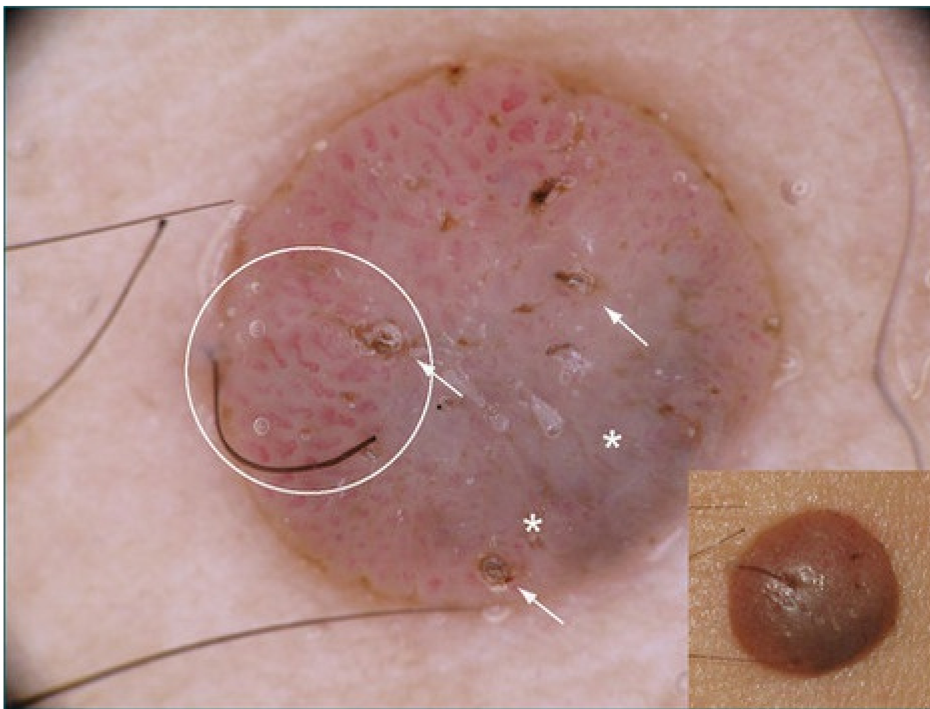


Figura 356 Ceratose seborreica

Esta é uma ceratose seborreica irritada e suavemente polida. Observe que apenas alguns orifícios semelhantes a comedões (setas) são visíveis. A cor cinza (asteriscos) representa incontinência pigmentar provavelmente secundária à inflamação e confere um aspecto preocupante a esta lesão. Inúmeros vasos em grampo de cabelo (não exclusivamente dentro do círculo) podem ser identificados e são sugestivos de ceratose seborreica. Ainda assim, acendemos o sinal laranja e realizamos uma biopsia tangencial diagnóstica.

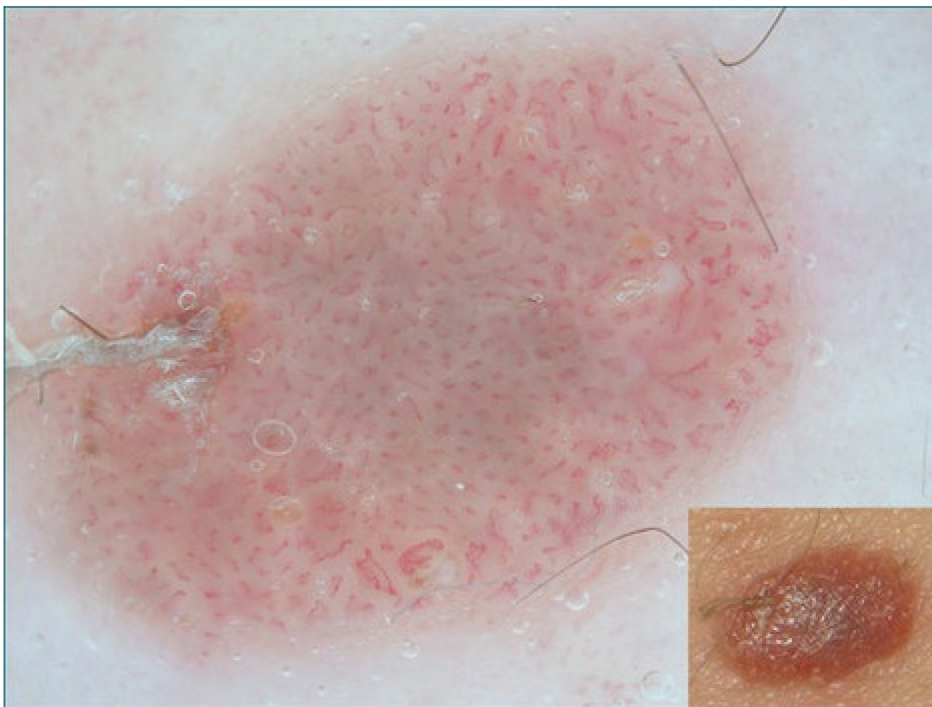




Figura 357 Ceratose seborreica

Este é outro exemplo de uma ceratose seborreica não pigmentada bastante incomum caracterizada por inúmeros vasos pontilhados, lineares, irregulares e alguns vasos em forma de grampo de cabelo. Esse padrão vascular polimórfico ser muito bem observado também em um melanoma amelanótico. Então, acendemos o sinal laranja e ficamos felizes por saber que, em nível histopatológico, esta lesão apenas representou um tipo acantótico de ceratose seborreica, como originalmente suspeitamos.

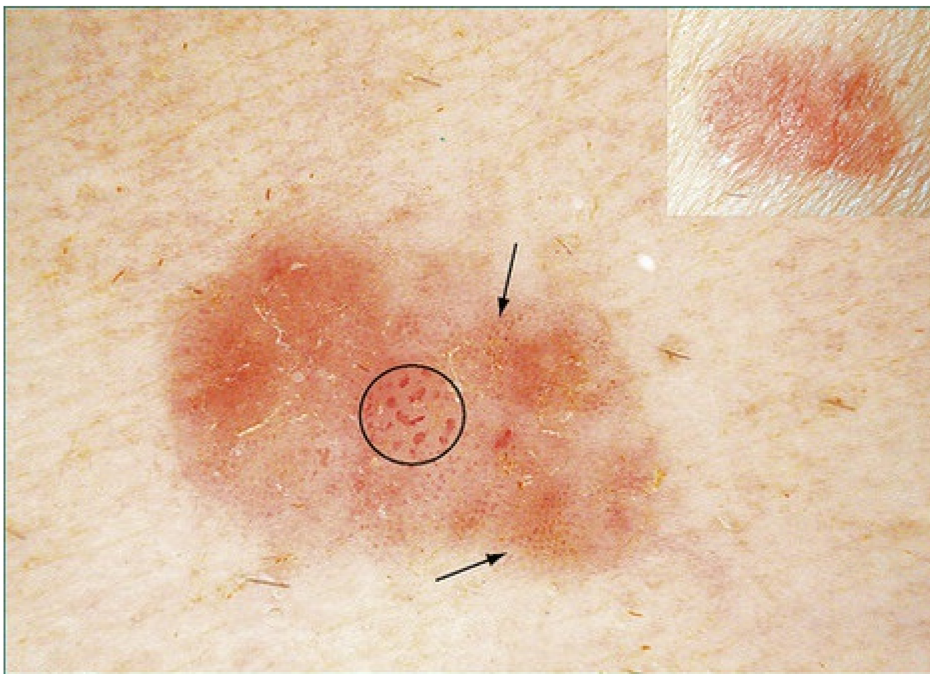


Figura 358 Doença de Bowen

A doença de Bowen pigmentada é um diagnóstico clínico e dermatoscópico difícil de ser feito. Geralmente é uma surpresa obter esse diagnóstico pela patologia, quando, na maioria dos casos, há suspeita de uma lesão melanocítica potencialmente de alto risco. Aqui, vemos áreas redondas bem circunscritas de vasos vermelhos semelhantes a um glomérulo renal (círculo) e pequenos pontos marrons firmemente concentrados (setas).

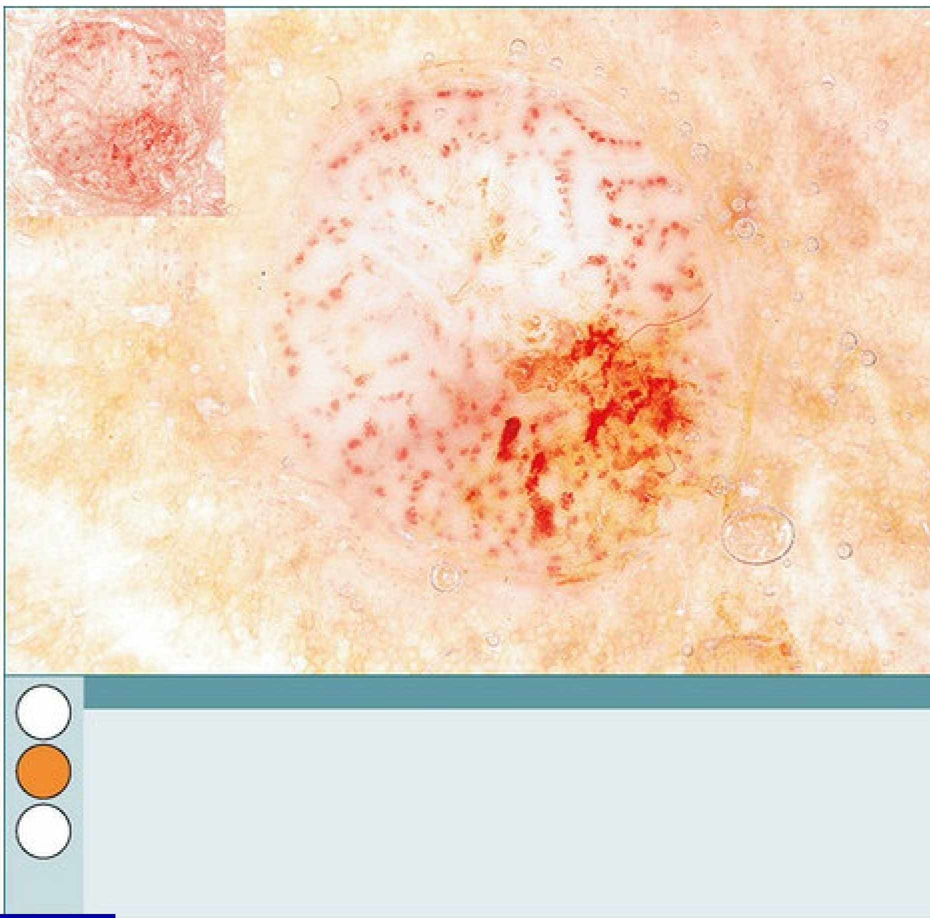


Figura 359 Acantoma de células claras

Lesões rosadas com esse padrão de vasos pontilhados como o único critério são totalmente inespecíficas à primeira vista. O diagnóstico diferencial inclui lesões melanocíticas, não melanocíticas, benignas e malignas. Se houver apenas uma lesão, retire-a. A presença de várias lesões aponta para patologia de baixo risco. Realize a biopsia de uma para fazer uma correlação dermatoscópico-patológica e você será surpreendido. Este padrão de vasos pontilhados retratado aqui é realmente bastante típico para o diagnóstico de acantoma de células claras.

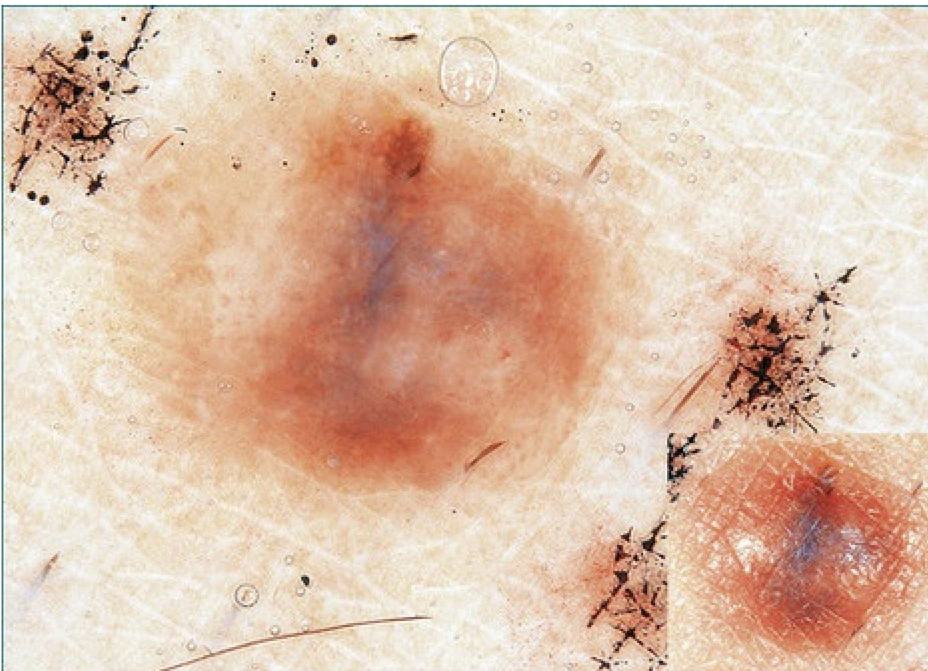
Melanoma amelanótico e parcialmente pigmentado

Princípios gerais

- Melanomas amelanóticos ou hipomelanóticos frequentemente apresentam-se de maneira clinicamente inequívoca.
- A história do crescimento ou mudança é de máxima importância.
- Use a regra EFC: lesões elevadas, firmes e em crescimento são suspeitas.
- Estude cuidadosamente os vasos nas lesões róseas.
- Os vasos, em muitos casos, são o único indício para o diagnóstico correto.
- O exame dermatoscópico de lesões amelanóticas ou hipomelanóticas deve

acompanhar um algoritmo em etapas que avalia a morfologia do padrão vascular, o arranjo arquitetônico dos vasos e a presença de outros critérios dermatoscópicos.

- Vasos pontilhados e lineares irregulares são sugestivos de melanomas ou, em termos mais gerais, dois ou mais tipos morfológicos diferentes de vasos devem levantar a suspeita de um melanoma.
- Muitos melanomas amelanóticos e hipomelanóticos apresentam vasos polimórficos atípicos.
- O arranjo dos vasos nos melanomas amelanóticos ou hipomelanóticos é assimétrico e irregular.
- Frequentemente, você encontrará vestígios de pigmentação em melanomas amelanóticos (evidentemente, então, o termo “melanoma hipomelanótico” é mais apropriado).
- Busque estruturas de rede pigmentar residual, manchas marrons ou azuis e/ou pontos/glóbulos marrons, de cor cinza ou pretos.
- O exame histopatológico é obrigatório em lesões que apresentam vasos pontilhados, irregulares lineares ou polimórficos ou que exibam uma cor vermelho-leitosa.



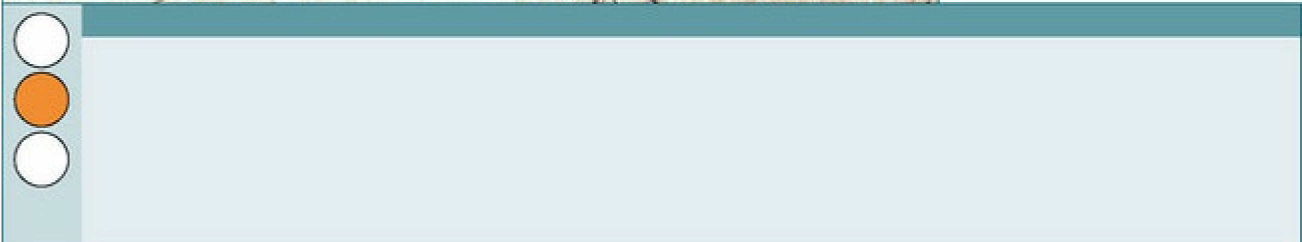


Figura 360 Melanoma

Por padrão, esta é uma lesão melanocítica porque não possui critérios para qualquer outra lesão tal como carcinoma basocelular ou ceratose seborreica. As cores são borradas ou fora de foco. Há também assimetria de cor e estrutura. Cor branca – cuidado.

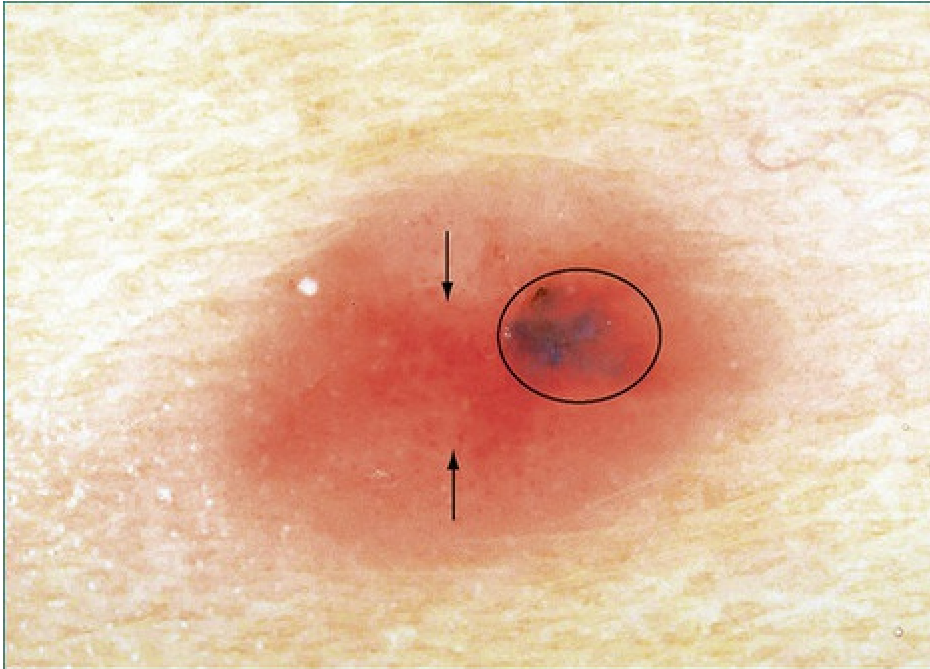


Figura 361 Melanona

Cor rosa – cuidado. Os pequenos pontos avermelhados (setas) podem ser um dos padrões vasculares observados no melanoma. A mancha acinzentada (círculo) é criada por macrófagos na derme papilar ou por células de melanoma pigmentado?

(Figura cortesia de MA Pizzichetta, Aviano, Itália.)

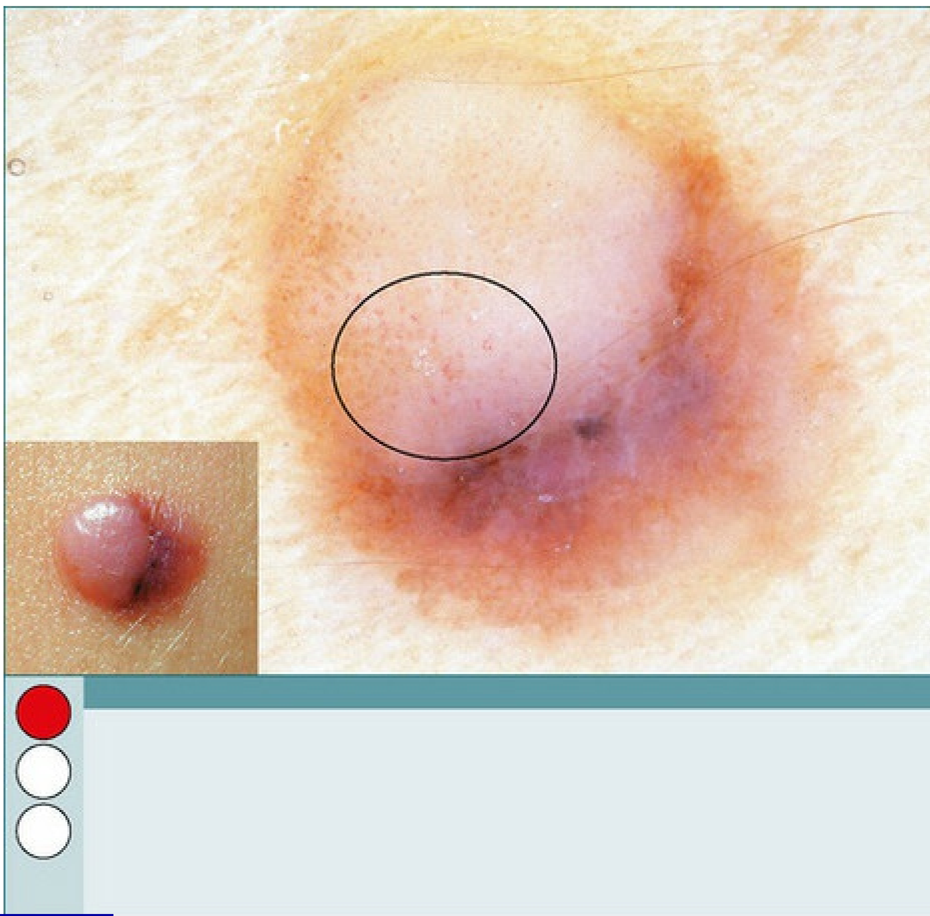


Figura 362 Melanoma

Esta é uma lesão melanocítica porque há uma ausência de critérios evidentes para diagnosticar outras lesões. Cor branca – cuidado. Não confundi-la com placa branca central de um dermatofibroma. Há também cor rosa e o padrão vascular específico para melanoma pequeno pontilhado (círculo). Todos esses critérios sutis indicam melanoma até prova em contrário.



Figura 363 Melanoma

Este é um caso sutil e difícil. Isto poderia ser uma lesão de colisão? Cor rosa – cuidado. Esta é uma lesão “patinho feio”? Observe se o paciente tem outras lesões semelhantes. Se assim o for, é menos preocupante. Podem-se observar pequenos pontos vermelhos do padrão vascular específico para melanoma (círculo). A cor é cinza ou marrom, e isso importa? Cinza poderia representar os melanófagos observados em melanomas em regressão. As cores desta lesão mais o padrão vascular pontilhado são indícios suficientes para justificar um diagnóstico histopatológico.

(Figura cortesia de MA Pizzichetta, Aviano, Itália.)



Figura 364 Melanoma

Esta lesão hipopigmentada é caracterizada por assimetria sutil na cor e estrutura. Observe a coloração rosada relativamente pronunciada claramente visível pela dermatoscopia. Esta lesão é particularmente preocupante quando lesões semelhantes não são encontradas em um mesmo paciente. Este foi o caso aqui e, por isso, acendemos o sinal vermelho. Esta lesão foi excisada e diagnosticada histopatologicamente como melanoma superficial.

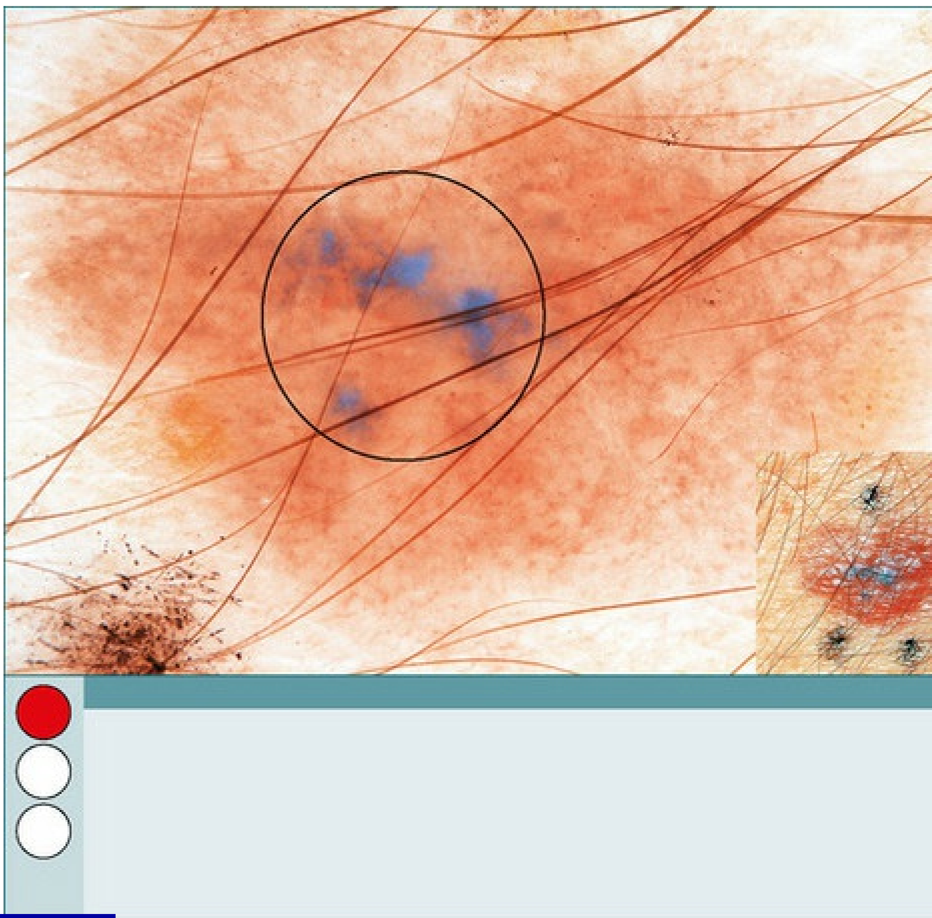


Figura 365 Melanoma

O único indício aqui de que isto pode ser uma lesão de alto risco é a presença de algumas manchas cinzentas (círculo), que poderiam ser melanófagos em um melanoma em regressão. O diagnóstico diferencial aqui representa um nevo combinado incomum; no entanto, não seja muito corajoso inventando diagnósticos benignos para lesões pigmentadas ambíguas. Acenda o sinal vermelho e aja em conformidade.

Testes dermatoscópicos

Princípios gerais

Várias características, como escamas, crostas ou inflamação, podem causar incerteza no diagnóstico dermatoscópico de lesões de pele. Nessas ocasiões, exames dermatoscópicos simples podem ajudar a obter o diagnóstico correto.

Teste da fita

Um nevo frequentemente preocupante é o chamado nevo negro ou hipermelanótico. A razão é a sua cor escura e uma mancha negra de localização mais ou menos central que cobre a maior parte do nevo. A mancha negra correlaciona-se, em nível histopatológico, com paraceratose pigmentada de um nevo juncional convencional sob os demais aspectos. No entanto, esta escama pigmentada (ou mancha preta)

pode ser facilmente removida por uma fita ou esparadrapo, o que possibilita o reconhecimento da rede subjacente regular em outros aspectos. O teste de fita, portanto, facilita o diagnóstico de nevo.

Teste de raspagem

O diagnóstico diferencial das lesões acrais que mostram um padrão de cristas paralelas é entre melanoma acral e hemorragia subcórnea. Nos casos duvidosos, pode-se realizar o teste de raspagem. Basta raspar a camada cornificada com um bisturi, e se esta raspagem resultar na remoção do pigmento, um diagnóstico de hemorragia subcórnea pode ser feito com confiança.

Teste de branqueamento

Nevos de Clark, particularmente em indivíduos com tipos de pele clara ou quando localizados em áreas seborreicas do tronco, podem, às vezes, revelar eritema, o que não possibilita o devido reconhecimento das estruturas pigmentadas. Neste caso, o teste de branqueamento por meio da aplicação de pressão sobre o nevo com o dermoscópio pode ser útil. Isso resultará no desaparecimento do eritema, que, por sua vez, possibilita melhor visualização das estruturas pigmentadas.

Sinal do bamboleio

Durante o exame dermatoscópico de uma lesão cutânea nodular pigmentada, o dermoscópio pode ser mantido fixo na superfície da pele. Se o dispositivo for movido ligeiramente na horizontal, paralelo à superfície, uma abordagem dinâmica é adicionada. A lesão adere ao dermoscópio e segue seu movimento. Nos casos de nevos dérmicos papilomatosos, a lesão segue o movimento do dermoscópio, deixando para trás a pele circundante. O padrão estático do nevo em si é dissociado, e estruturas mais profundas que têm uma consistência carnosa parecem mover-se sob o componente superficial. Em contrapartida, o melanoma tende a ser firme e fixo à pele e, portanto, não é facilmente mobilizado.



Figura 366 Teste da fita

Nevo negro com escama escura de localização central que cobre grande parte do nevo.



Figura 367 Teste da fita

O mesmo nevo como mostrado na Figura 366 após a retirada da escama escura com fita (detalhe: a escama escura pode ser observada fixada na fita). A rede regular é agora muito mais evidente.

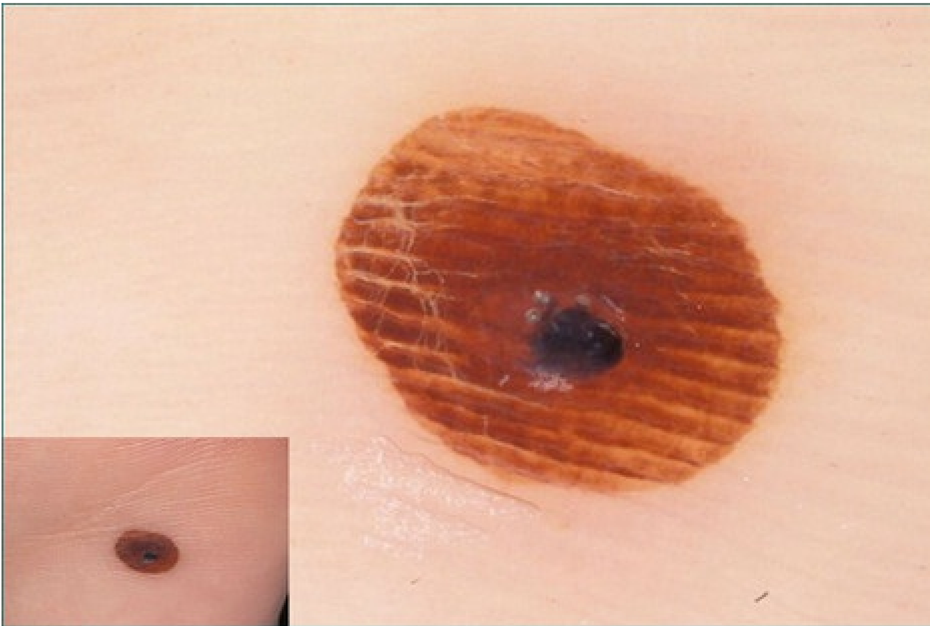


Figura 368 Teste de raspagem

Hemorragia subcórnea que revela um padrão de cristas paralelas. A demarcação nítida e a cor vermelha já apontam para o diagnóstico correto.



Figura 369 Teste de raspagem

A mesma hemorragia, como observada na Figura 368, alguns minutos mais tarde, após a remoção quase completa do sangue com um bisturi.



Figura 370 Teste de branqueamento

A dermatoscopia deste nevo de Clark rosado revela um eritema de fundo, vasos pontilhados e alguns tons de marrom-claro.



Figura 371 Teste de branqueamento

O mesmo nevo observado na Figura 370 sob pressão. O eritema e os vasos pontilhados desapareceram quase todos, e uma rede regular marrom-clara que circunda uma área central sem estrutura torna-se visível.

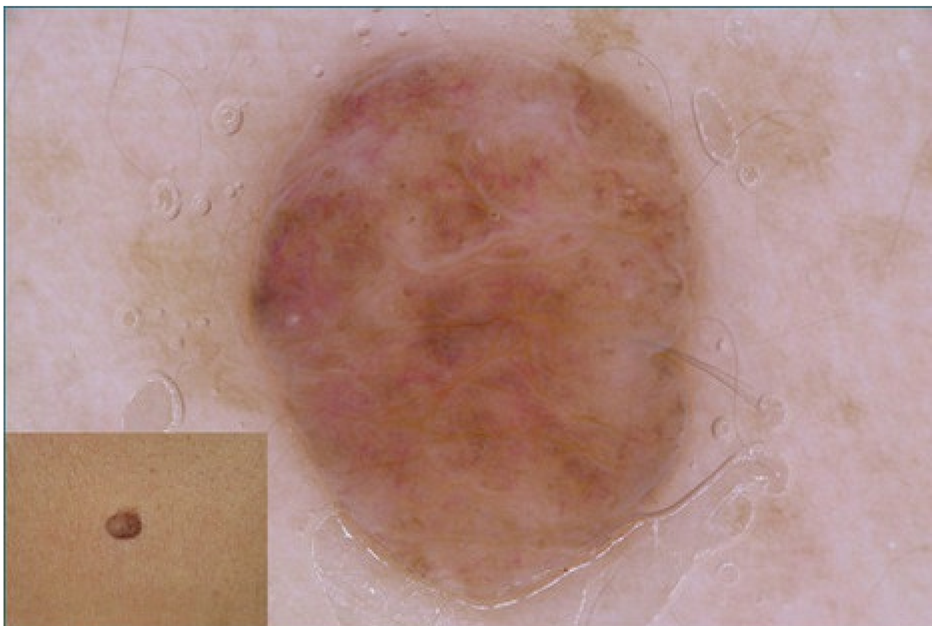


Figura 372 Sinal do bamboleio

Visão dermatoscópica estática de um nevo dérmico ligeiramente papilomatoso mostrando tons de cor marrom e cinza e padrão vascular.

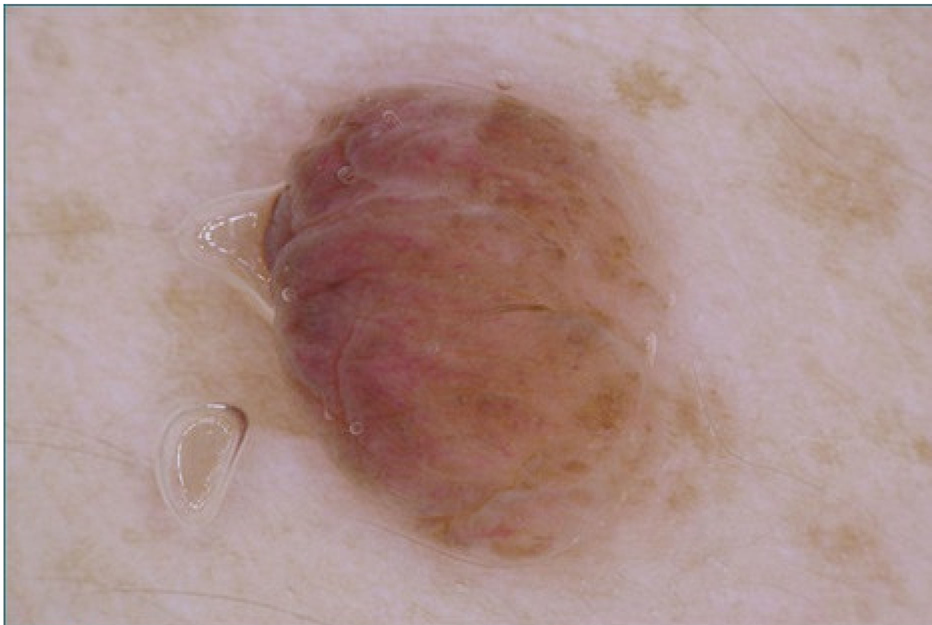


Figura 373 Sinal do bamboleio

O movimento do dermoscópio possibilita a visualização da base lateral direita do nevo papilomatoso dérmico.